



Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR E O
TRABALHO EM EQUIPA
NA ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO**

Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira

LISBOA

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR E O
TRABALHO EM EQUIPA
NA ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO**

Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira

Orientadoras:

Enf.^a Florinda Galinha

Prof.^a Patrícia Rosado Pinto

LISBOA

2012

RESUMO

Este documento é um relatório final do Ensino Clínico do 1º Curso de Mestrado Em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. Nele encontram-se a descrição das actividades desenvolvidas e os resultados da investigação efectuada e inserida no projecto nele implementado, sob o tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico.

Um efectivo trabalho em equipa, empírica e cientificamente, tem sido reconhecido como condição imprescindível para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, mais sensivelmente notada em momentos de abordagem de um doente crítico, e a Formação Interdisciplinar tem surgido como possível instrumento valioso para a aquisição de competências de trabalho em equipa.

Pretendeu-se perceber o nível de formação em emergência, as percepções sobre a importância da formação e do trabalho em equipa e o conhecimento e abertura para os preceitos da formação interdisciplinar em três Serviços de Urgência distintos na sua tipologia. Chegou-se à conclusão que o trabalho em equipa e a formação eram vistos como essenciais na prestação de cuidados de saúde e que a formação interdisciplinar ainda um conceito a necessitar de divulgação, mas bem aceite por quem já o conhece.

Identificaram-se problemas na promoção da formação, não dispendo os profissionais de horas para o efeito nem certificação reconhecida da mesma quando efectuadas pelo Centro de Formação do Hospital, em especial para suprir os *deficits* no nível de formação em Suporte Avançado de Vida e SAV em Trauma, essenciais num SU. Encontraram-se preocupações e necessidades de formação comuns a médicos e enfermeiros, bem como abertura para participar nessas formações em conjunto. Identificaram-se pontos frágeis no trabalho em equipa nos três SU na comunicação, no desempenho do *team leader* e no recurso ao *briefing* e *debriefing*.

Em conclusão, pode-se afirmar que urge uma mudança na estruturação e planificação da formação nos Serviços de Urgência, num modelo capaz de dar resposta às necessidades específicas e conjuntas dos profissionais. Por parte destes existe valorização e abertura para a formação e para novos modelos da mesma, exigindo porém condições laborais.

Palavras-chave: Formação Interdisciplinar; Trabalho em Equipa; Enfermagem; Serviço de Urgência.

Abstract

This document is a final report of the Clinical Practice of the 1st Master's Degree in Nursing - Specialization in Person in Critical Situation. In it are the descriptions of the activities and results of a research carried out and inserted in the project implemented under the theme "Interdisciplinary Education and Teamwork in The Approach of The Critically Ill Patient".

Effective teamwork, empirically and scientifically, has been recognized as an indispensable condition for the provision of quality health care, significantly more noticeable in times of approach to a critically ill patient, and Interdisciplinary Education has emerged as a possible valuable tool for the acquisition teamwork skills.

It was intended to realize the level of education in emergency skills, the perceptions about the importance of education and teamwork, and the knowledge and openness to the precepts of interdisciplinary training, in three emergency rooms, different in its typology. Came to the conclusion that the teamwork and education were seen as essential in providing health care and that interdisciplinary education concept requires disclosure, but is well accepted by those who are familiar with it.

Were identified problems in the promotion of education, lacking to professionals hours to attend I and absence of recognized certification when provided by the Training Centre of the Hospital, particularly to meet the deficits at the level of training in advanced life support and ALS in Trauma, essential in ER. Were found common concerns and training needs to doctors and nurses, as well as openness to participate in education together. Were identified weaknesses in teamwork in the three ER in communication, team leader performance and nonuse of briefing and debriefing technics.

In conclusion, it can be said that an urgent change in the structuring and planning of the education to the emergency room is required, based in a joint model capable to respond to the specific needs of professionals. These recognize the importance of education and reveal openness to new models for it, but demanding working and schedule conditions.

Keywords: Interdisciplinary Education, Teamwork, Nursing, ER.

Abreviaturas e Siglas

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direcção Geral de Saúde

ERC – European Resuscitation Council

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

H. – Hospital

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Prof. – Professor(a)

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

Trab. – Trabalho

SUMÁRIO

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	7
1. PROJECTO DE ESTÁGIO	9
1.1. Contextualização	9
1.2. Problemática e Enquadramento Teórico	9
1.3. Pesquisa Bibliográfica	12
1.4. Cronograma e Metodologia	16
1.5. Obstáculos Esperados e Resultados Desejados	18
2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
2.1. Urgência de Hospital Distrital	20
2.2. Urgência de Hospital Universitário	22
2.3. Urgência de Hospital Central	27
3. TRATAMENTO, ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE OS DADOS	33
3.1. Caracterização da População	33
3.2. Formação em Emergência	34
3.3. Conceito de Formação Interdisciplinar	35
3.4 Trabalho em Equipa	35
3.5 Factores Positivos e Negativos	36
3.6. Caracterização do Trabalho em Equipa	37
3.7. Reflexão	39
4. CONCLUSÃO	43
5. BIBLIOGRAFIA	45

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de Actividades

Apêndice 2 – Reflexão Sobre Trabalho em Equipa

Apêndice 3 – Versão Inicial de Questionário

Apêndice 4 – Grelha de Caracterização de Trabalho em Equipa

Apêndice 5 – Critérios de Preenchimento da Grelha

Apêndice 6 – Grelhas de Campos de Estágio

Apêndice 7 – Transcrição e Análise de Entrevista a Prof. Cândida

Apêndice 8 - Transcrição e Análise de Entrevista a Dr. Miguel Soares Oliveira

Apêndice 9 – Questionário Definitivo

Apêndice 10 – Horários de Estágio

Apêndice 11 – Jornal de Aprendizagem H. Universitário

Apêndice 12 – Reflexão Individual H. Universitário

Apêndice 13 – Estudos de Caso

Apêndice 14 – Plano Inicial de Formação

Apêndice 15 – Planos de Sessões de Sensibilização

Apêndice 16 – Apresentação *Powerpoint* das Sensibilizações

Apêndice 17 – Fichas Diagnóstica e Avaliação das Sensibilizações

Apêndice 18 – Quadros das Avaliações das Sensibilizações

Apêndice 19 – Quadros dos Dados Recolhidos

ANEXOS

Anexo I – Autorização da Grelha de Caracterização H. Distrital

Anexo II - Autorização Questionário H. Distrital

Anexo III – Autorização Questionário H. Universitário

Anexo IV - Autorização da Grelha de Caracterização H. Universitário

Anexo V - Autorizações Questionário e Grelha H. Central

Anexo VI – Certificado de Formação Pedagógica

Anexo VII – Divulgação de Formações H. Central

Anexo VIII – Formulário Avaliação Qualitativa das Formações

0. INTRODUÇÃO

Iniciei a frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica em Outubro de 2010, estendendo-se este por 3 semestres, o último dos quais dedicado a Ensino Clínico, que constitui a última unidade curricular do referido curso. Esta é desenvolvida em contexto de trabalho, sob a forma de estágio, visando a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, quer gerais, quer específicas na área de especialização.

As competências referidas foram adquiridas através de dois grandes grupos de intervenção: a prestação de cuidados ao doente crítico e a implementação de um projecto inovador que, no meu caso, é dedicado ao tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”.

Segundo o CAIPE (2006), citado por Hammick et al (2007), a formação interprofissional ocorre nas ocasiões em que membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com, sobre e através destas para melhorar a colaboração e qualidade de cuidados. Tem havido um reconhecimento que mesmo os enfermeiros que finalizam o 3º Ciclo de Formação, com as competências necessárias adquiridas para a sua profissão, não estão preparados para o exercício de funções a não ser que desenvolvam competências de colaboração interpessoal e de trabalho em equipa (Stone 2010). Estas competências, que a formação interdisciplinar procura substanciar, mostraram-se capazes de melhorar os cuidados de saúde no que diz respeito à segurança do doente, satisfação dos profissionais e eficiência do serviço (Stone 2010).

Frenk et al (2010) recomendam a promoção da formação interprofissional que quebre barreiras entre as profissões, enquanto impulsionadora de relações colaborativas e não exclusivamente hierárquicas em equipas eficientes. Acrescentam que, além de competências técnicas, a formação interprofissional deve ser focada em promover transversalmente competências analíticas para tomada de decisão, competências de liderança e de gestão e de comunicação. Um certo grau de hierarquia é intrínseco em qualquer equipa que seja eficiente, e terá sempre de existir um elemento de liderança, porém se o núcleo de conhecimentos for partilhado, a comunicação for efectiva e o papel que cada um desempenha for bem definido, as acções decorrerão coordenadas e serão mais eficazes.

Sendo o conhecimento uma competência das equipas, também é verdade que os elementos de equipas que funcionam bem partilham modelos mentais (de trabalho) (Salas et al 1993, em APP, Prof. Rosado Pinto, 2011, ESEL). Esses modelos mentais

devem prender-se com o conhecimento de *guidelines*, mas também com os conceitos inerentes ao trabalho de equipa.

A equipa de Enfermagem e, por inerência, todos os seus elementos, fazem parte de uma equipa de cuidados multidisciplinar que se pretende que funcione como tal. A Enfermagem reconhece a importância do trabalho em equipa sendo exemplo disso a afirmação de Benner (2001) “ Trabalhar em equipa é crucial, tanto para prestar ao doente cuidados eficazes, como para manter a moral da equipa de saúde. As divergências de opinião são inevitáveis e necessárias para que o tratamento seja eficaz. Quando as divergências provocam fissuras no seio da equipa, é necessário tudo fazer para a consolidar novamente.”.

Assim, assumindo que o cerne deste trabalho é a formação interdisciplinar e o trabalho em equipa, as finalidades deste relatório são:

- Proporcionar avaliação da Unidade Curricular de Ensino Clínico do referido Mestrado;
- Participar na produção de conhecimento e contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência;
- Demonstrar desenvolvimento e reforço de competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados a Pessoas em Situação Crítica ou falência multiorgânica;
- Demonstrar consolidação de capacidades e conhecimentos de gestão dos cuidados para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (Trabalho em Equipa);
- Demonstrar nível aprofundado de conhecimento e competência na área específica de abordagem ao doente crítico;
- Demonstrar e partilhar conhecimentos competências sobre trabalho em equipa e formação interdisciplinar;
- Construir base de elaboração de um Guia de Boas Práticas para Formação em Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico em Urgência.

1. PROJECTO DE ESTÁGIO

1.1. Contextualização

Exerço a minha actividade profissional num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de média dimensão. Tem uma equipa de Enfermagem com 42 profissionais que prestam cuidados directos que se tem mantido relativamente estável. A equipa médica, constituída por 11 elementos por turno, em que 50% são quadros do hospital e os restantes trabalham em regime de prestação de serviços com grande rotatividade.

Com a equipa de Enfermagem razoavelmente estável e equipas Médicas mais variáveis na constituição, assisto muitas vezes a um desfasamento relativamente ao tipo e método de abordagem do doente crítico. O nível de formação de cada um é atingido por procura individual de necessidades e não por apreciação e identificação do próprio serviço. Relativamente à equipa médica, a situação ainda é mais notória pela rotatividade de elementos, com formações e conhecimentos muito variados.

Existindo equipas de enfermagem estáveis e havendo elementos médicos de referência do hospital, parece-me possível melhorar a situação no serviço de urgência em que trabalho. É minha opinião, se falamos de trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros, que, pelo menos estes profissionais, devem partilhar conhecimentos sobre conceitos e dinâmica de equipas, bem como partilhar um núcleo de conhecimentos sobre as melhores práticas, sendo necessário envolvê-los em conjunto na formação.

Numa vertente mais pessoal, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta temática. Nos últimos 4 anos tenho desempenhado funções como chefe de equipa de enfermagem no meu contexto de trabalho e tenho sentido alguma falta de motivação por parte dos profissionais de saúde, relacionada com várias razões, mas que acredito poder ser um pouco minorizada com uma maior harmonização do ambiente de trabalho, que pode ser conseguida através de um melhor relacionamento e trabalho em equipa.

1.2. Problemática e Enquadramento Teórico

A inexistência de entendimento, antecipação e organização entre os elementos da equipa multidisciplinar que aborda um doente crítico, pode originar um menos eficaz

trabalho de equipa com possível aumento da morbilidade e mortalidade. Morey *et al* (2002) referenciados por Hammick *et al* (2007) advogam que a formação de equipas treinadas foi essencial para implementar e manter mudanças na prestação de cuidados livres de erro e melhorar os cuidados em emergência. Apesar de esta premissa ser reconhecida, continuamos a assistir a esforços gorados para a atingir, uma vez que se mantém uma tendência dos profissionais de saúde para agirem isoladamente, em parte por questões corporativistas (Frenk *et al* 2010). Por outro lado, o reconhecimento da existência de profissionais competentes não significa que trabalhem em conjunto de forma segura, apontando-se as deficiências do trabalho em equipa como causa (Stone 2010).

Esta situação aponta para a necessidade de mudança nas políticas dos serviços, de forma a investir na aquisição de competências individuais e profissionais que permitam melhorar o trabalho em equipa. Para Hammick *et al* (2007) os produtos de uma intervenção educacional deverão ser resultados de aprendizagem positivos, que no que diz respeito à formação interprofissional, se estendem à aquisição de conhecimento relevante, competências e atitudes consideradas necessárias para a prática de cuidados colaborativos. Acrescenta que, se a formação interprofissional for em contexto de Formação em Serviço, estes produtos são extensíveis à mudança de comportamento profissional, ao serviço prestado e ao cuidado ao paciente/cliente.

O contexto de Formação em Serviço pode ser um espaço privilegiado e deve ser aproveitado para a formação interprofissional. Frenk *et al* (2010) defendem que os Serviços de Saúde também são espaços de educação em que a Formação em Serviço dos futuros profissionais tem lugar, complementando que a formação em equipa e a formação interprofissional não podem estar confinadas às salas de aula, devendo os diversos profissionais partilharem seminários dialogantes, cursos, voluntariado e acomodações em contexto de aprendizagem.

Os profissionais de saúde que exercem a sua actividade em Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos enfrentam diariamente desafios, sendo um a variada tipologia de doentes que se encontra nestes serviços. Embora potencialmente os exista em todos os serviços de saúde, os dois referidos se confrontam-se mais frequentemente com a presença de doentes críticos que, segundo a Ordem dos Médicos & Sociedade portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 9) “Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”

A abordagem e tratamento do doente crítico, pela sua definição, mostram-se como actividades complexas exigindo o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados. A obtenção dessas competências é objectivo da frequência do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. É almejada a formação de enfermeiros proficientes e peritos nesta área, definindo-se estes, segundo Benner (2001, p. 54-55 e 58), baseada no modelo de Dreyfus, como “... a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. A percepção é aqui uma palavra-chave. A perspectiva não é muito bem pensada mas “apresenta-se por si mesma, porque é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes.” e “A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”

A experiência, no sentido comum, significa o tempo passado a desempenhar uma função, mas também pode ser observado como um processo activo de constante formação e modificação de teorias e ideias que se encontram ligadas de muito perto à realidade (Benner 2001), assumindo-se que não será o tempo mas sim a reflexão executada na prática a principal formadora de experiência.

Uma dos direitos que os enfermeiros procuraram garantir foi a formação contínua e assim a formação em serviço, necessidade cada vez mais premente devido ao aumento da complexidade dos cuidados e da tecnologia. Benner (2001, p. 201) refere “Hoje, a enfermeira é um profissional clínico – um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo.” Complementa na p. 203 “Para o desenvolvimento profissional, as estruturas de formação contínua e de orientação poderiam revelar-se mais importantes que as medidas pontuais ou de mudança da tabela salarial.” A formação tem sido efectuada em registos monoprofissionais, o grupo profissional planeia acções de formação para os pares, e não com abordagens pluriprofissionais e colaborativas, sustentando Benner (2001, p. 224) que “Os médicos, assim como as enfermeiras, devem trabalhar no desenvolvimento de relações onde a colaboração tem parte importante, não só nos seus programas de formação, como também no seu local de trabalho.” Esta referência pode incluir o conceito de formação

interdisciplinar e também a questão do trabalho em equipa. Nos contextos referidos e dada a complexidade dos cuidados, a equipa adquire um papel fundamental e a sua dinâmica influencia os resultados desses cuidados. Benner (2001) considera crucial trabalhar em equipa para prestar cuidados eficazes, apontando a necessidade do desenvolvimento de uma linguagem comum para a execução dos cuidados mais qualificados, admitindo que quando existe uma boa comunicação prevalece a colaboração e é o doente quem ganha, não esquecendo a componente social cuja integração é determinante para as competências associadas à construção da equipa.

Na formação interdisciplinar as competências de cada grupo são exploradas lado a lado, de modo a que todos os elementos tenham conhecimento do que de si pode ser esperado. Este aspecto pode ser problemático pois em urgência existem competências que se podem sobrepor, principalmente entre médicos e enfermeiros. Benner (2001, p. 135) refere “Na altura de uma urgência, a enfermeira funciona como um generalista que coordena as funções de diversos especialistas. Em situações que exigem imperativamente acções rápidas, o doente tem com certeza sorte se uma enfermeira experiente se encontrar aí para coordenar o conjunto de operações de forma a que erros e actos inúteis sejam evitados.”. A pertinência e mais-valia deste projecto podem ser enquadradas numa afirmação de Benner (2001, p. 204) que consolida as premissas anteriores: “A formação do pessoal no seio do serviço permite comparar os pontos comuns e as diferenças entre numerosos casos clínicos. Habitualmente, os serviços de formação do pessoal insiste na aprendizagem de procedimentos e de competências particulares. Os nossos trabalhos indicam que é necessário dar muito mais atenção à maneira como se tomam decisões clínicas de alto nível.”. Os enfermeiros sentem necessidade de credibilidade junto dos médicos (Benner, 2001), não será este um dos caminhos que contribuam para essa credibilização?

1.3. Pesquisa Bibliográfica

A bibliografia desta temática foi obtida de duas formas distintas. Parte já havia sido fornecida nas actividades lectivas dos temas “Formação Interdisciplinar”, “Trabalho em Equipa” e “Liderança” incluídos na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência do Mestrado a que respeita este projecto, sendo a restante obtida através de pesquisa nas bases de dados CINHALL e Medline no portal da EBSCO. A

pesquisa *on-line* não obedeceu às regras de uma revisão sistemática da literatura uma vez que não foram definidos critérios de inclusão e exclusão por receio de perda importante de bibliografia se estes fossem desadequados. O único critério restritor foi o acesso a artigos em texto integral e o método de selecção foi a adequação geral ao tema e as novas informações que apresentadas, uma vez que já dispunha de uma selecção realizada por um perito no assunto: a Prof.^a Patrícia Rosado Pinto.

A pesquisa bibliográfica revelou-se um instrumento importante na construção de um referencial teórico sustentado, bem como na construção dos instrumentos de recolha de dados. As informações obtidas permitiram definir, com base em evidência científica, os pontos das temáticas que seriam fundamentais para prossecução do projecto. A pesquisa foi dividida em três partes para obter informação de pontos distintos deste projecto: a temática central, a criação de instrumento de caracterização do trabalho em equipa e as percepções dos profissionais sobre o trabalho em equipa.

Formação Interdisciplinar e Trabalho em Equipa

Nesta temática foram analisados os artigos da bibliografia fornecida na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Crítico e Urgência e seleccionados os seguintes:

- ✿ *A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide n.º 9* - Hammick, M., et al (2007);
- ✿ *Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions* - Musson, D., Helmreich, R. (2004).
- ✿ *Moving interprofessional learning forward through formal assessment* - Stone, J. (2010);
- ✿ *Learning together in practice: an interprofessional education programme to appreciate teamwork* – Anderson, E. & Thorpe, L. (2010);
- ✿ *Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience* - Kuliukas, L., King, S. & Ford, J. (2009);
- ✿ *Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: A longitudinal questionnaire survey* - Coster, S. et al (2008);
- ✿ *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world* - Frenk, J., et al (2010);
- ✿ *Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education* – Bridges, D. et al (2011).

Através de pesquisa na EBSCO com as seguintes características:

Palavras-chave	Bases de dados	Artigos encontrados	Com fulltext	Seleccionados
interprofessional education and teamwork and nurs*	CINAHL Plus e Medline	54	30	4

Foram seleccionados os seguintes artigos:

- *A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills* - Bradley, P., Cooper, S., & Duncan, F. (2009),
- *An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units* - Russell, L., Nyhof-Young, J., Abosh, B., & Robinson, S. (2006);
- *Embracing quality and safety education for the 21st century: building interprofessional education* - Thompson, S., & Tilden, V. (2009);
- *Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration* - Kenaszchuk, C., MacMillan, K., van Soeren, M., & Reeves, S. (2011).

Instrumentos de Avaliação do Trabalho em Equipa

O objectivo desta pesquisa foi a obtenção de informação sobre diversas vertentes do trabalho em equipa, de que forma poderiam ser objectivadas permitindo a construção de um instrumento de caracterização do mesmo. Através de pesquisa na EBSCO com as seguintes características:

Palavras-chave	Bases de dados	Artigos encontrados	Com fulltext	Seleccionados
(teamwork OR team work) and (tool OR instrument) and (characterization OR evaluation OR assessment)	CINAHL Plus e Medline	208	53	4

Foram seleccionados os seguintes artigos:

- ✚ *Assessing teamwork in medical education and practice: relating behavioural teamwork ratings and clinical performance* - Wright, M., Phillips-Bute, B., Petrusa, E., Griffin, K., Hobbs, G., & Taekman, J. (2009);
- ✚ *Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas* - Kaissi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, M. (2003);
- ✚ *Measuring the quality of transdisciplinary teams* - Batorowicz, B., & Shepherd, T. (2008).
- ✚ *The impact of leadership and team behavior on standard of care delivered during human patient simulation: a pilot study for undergraduate medical students* - Carlson, J., Min, E., & Bridges, D. (2009).

Percepções dos Profissionais sobre o Trabalho em Equipa

Através de pesquisa na EBSCO com as seguintes características:

Palavras-chave	Bases de dados	Artigos encontrados	Com fulltext	Seleccionados
(teamwork OR team work) and (perceptions) and (evaluation tool OR assessment tool OR characterization tool OR questionnaire)	CINAHL Plus e Medline	96	30	2

Foram seleccionados os seguintes artigos:

- *Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards* - Ponzer, S., Hylin, U., Kusoffsky, A., Lauffs, M., Lonka, K., Mattiasson, A., & Nordström, G. (2004).
- *Professionals' perceptions of interprofessional working in community mental health teams* - Larkin, C., & Callaghan, P. (2005).

1.4. Cronograma e Metodologia

Cronograma de Actividades

O espaço temporal para o desenho e aplicação do projecto foi decidido pela ESEL consoante o planeamento do Mestrado, e nesse espaço delineados os tempos para a realização de todas as acções previstas neste projecto, conforme a metodologia escolhida. Esse cronograma de actividades pode ser consultado no **Apêndice 1**.

Metodologia

A metodologia escolhida foi construída e adaptada às necessidades do que serão os produtos finais e em consonância com os objectivos definidos. Desta forma pretendeu-se um projecto que permitisse identificar os requisitos, factores facilitadores e factores dificultadores para a implementação de um plano de formação interprofissional sobre o trabalho em equipa. Para tal, o fio condutor da metodologia foi os passos necessários para a criação deste plano e sua necessária avaliação.

A elaboração do projecto iniciou-se com o desenvolvimento de um pré-projecto que estabeleceu os objectivos e delineou as primeiras necessidades. O segundo passo foi uma revisão da literatura e 24h de observação participada em contexto de trabalho que deu origem a uma reflexão crítica sobre a temática (**Apêndice 2**). As intervenções baseadas em formação de profissionais devem ter em conta as suas opiniões e necessidades como ponto de partida. A bibliografia consultada confirma uma relação positiva entre a formação interdisciplinar e o trabalho em equipa, bem como a importância deste em contexto de cuidados de saúde. Com estes pressupostos aceites, foram criados dois instrumentos de caracterização:

📌 **Um questionário (Apêndice 3)** para identificação do tipo de formação específica em emergência, das percepções sobre importância do trabalho em equipa e da formação e dos temas que consideram importantes para serem abordados;

📌 **Uma grelha de caracterização do trabalho em equipa (Apêndice 4)** a preencher aquando da abordagem de doentes críticos em contexto de cuidados. Os critérios de preenchimento podem ser consultados no **Apêndice 5**.

Estes instrumentos foram aplicados em três (3) contextos diferentes:

- **Serviço de Urgência de Hospital Distrital**, como Urgência Médico-Cirúrgica, funcionando também como teste dos instrumentos e, ao não existirem incongruências nos instrumentos, como factor comparativo;
- **Serviço de Urgência de Hospital Universitário**, Urgência Polivalente integrada num hospital universitário, mais heterogéneo e possivelmente com cultura mais formal de trabalho. Apresenta uma tipologia e dimensões mais aproximadas às do local de implementação do projecto, permitindo iniciar o ganho de competências e recolher dados para efeitos comparativos;
- **Serviço de Urgência de Hospital Central**, Urgência Polivalente e local onde implementar o projecto. Permitiu o levantamento das necessidades e caracterização, para definição de temas e da metodologia das acções de formação.

A minha presença nos locais de Ensino Clínico, H. Distrital, H. Universitário e H. Central, assumiu também o objectivo de desenvolvimento de todas as competências que fossem possíveis e necessárias para a prestação de cuidados especializados, pelo que a postura foi de colaborador e participante, na medida que procurei desempenhar um papel activo na prestação de cuidados ao doente crítico integrando-me na equipa multidisciplinar. Ressalvam-se as situações em que, não sendo considerada necessária pelo *team leader* a minha colaboração durante a abordagem do doente crítico, tomei a posição de observador para efeitos de colheita de dados, através da grelha de caracterização de trabalho em equipa, para não alterar os mesmos. Foram elaborados grelhas de estágio, para os três locais com os objectivos, actividades e competências a serem adquiridas (**Apêndice 6**).

Foram planeadas duas entrevistas a peritos procurando a obtenção de informações e experiências em formação e trabalho em equipa na primeira pessoa. A primeira foi executada em Julho 2011 e efectuada análise SWOT, bem como transcrita, podendo ser consultada no **Apêndice 7**, e a segunda em Setembro 2011, por motivos de agenda pessoal do perito, cuja transcrição e análise SWOT se encontram no **Apêndice 8**. As afirmações e opiniões dos peritos defendem a importância do trabalho em equipa para a prestação de cuidados de saúde de qualidade na abordagem ao doente crítico, e a formação interdisciplinar como forma de desenvolvimento das competências necessárias para que o trabalho em equipa seja efectivo.

Após caracterização do local de implementação do projecto e levantadas as necessidades sentidas pelos seus profissionais, foram planeadas as acções, com a colaboração pretendida da direcção, dos responsáveis pela formação em serviço e dos profissionais, e seguidamente executadas. As acções de formação foram sujeitas a avaliação qualitativa individual que é considerada como factor de avaliação do projecto. Também, após a recolha dos instrumentos de recolha de dados, foram efectuadas actividades em contexto normal de cuidados, visando a sensibilização para a importância do trabalho em equipa e da formação nomeadamente através de estratégias de discussão informal.

A grelha de caracterização do trabalho em equipa seria de novo utilizada em contexto de cuidados no local de implementação do projecto, após a realização das acções de formação, para aferição de mudanças, não vindo a acontecer por as acções de sensibilização se terem realizado até ao último dia. Encontra-se pendente como intenção, mediante aceitação da direcção do local de implementação do projecto, uma nova caracterização do trabalho em equipa após seis (6) meses para aferir sustentação de possíveis mudanças. Este é um objectivo extra-académico e não terá expressão neste documento por limitações temporais de implementação, mas a importância de uma avaliação longitudinal pode ser justificada pelo facto de ser necessário tempo para se determinar qualquer mudança comportamental.

1.5. Obstáculos Esperados e Resultados Desejados

Os obstáculos poderiam ser de variada ordem mas identifiquei três que seriam os mais complicados: a curta duração da fase de execução, a fraca adesão dos profissionais às formações e a falta de apoio eventual por parte da direcção do serviço onde realizar o Ensino Clínico e implementar o projecto.

A fraca adesão por parte dos profissionais às formações encontra-se descrita na literatura. Hammick et al (2007), baseados em Morison et al (2003) referem que aspectos práticos como incompatibilidades de turnos e horário são das mais significativas barreiras para a implementação de formação interprofissional baseada na prática. Musson & Helmreich (2004) referem que os programas para melhoria do trabalho de equipa são um conceito novo para a Medicina e particularmente para os

médicos, que são treinados para serem auto-suficientes e individualmente responsáveis pelos cuidados que prestam.

A formação em serviço é por vezes uma forma de aprendizagem que é considerada pouco importante pelos enfermeiros e poderia originar uma fraca adesão. Na sua tese de Mestrado acerca da formação em serviço de enfermeiros, Gonçalves (2003, p.93) afirma que "...a Formação em Serviço, restringe-se à valorização das acções formais (interacção, reuniões para discussões de casos e outros) e pontuais (reuniões, passagem de turno), realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos. A participação na formação muitas vezes, tem como objectivo a certificação, adquirindo uma lógica egocêntrica visando apenas a progressão na carreira ou para uma determinada função.". Por outro lado poderá acontecer os enfermeiros já se encontrarem desmotivados por planos de formação anteriores e não se interessarem por outros e Gonçalves (2003, p.150) exemplifica "...podemos concluir que a organização e o desenvolvimento da Formação em Serviço estão de acordo com a perspectiva da Enfermeira Chefe, fazendo com que os seus efeitos - desinteresse, desmotivação, indiferença, não investimento, acções preparadas em pouco tempo - não sejam os esperados...".

Tendo em conta os obstáculos potenciais, o apoio da direcção do serviço tornava-se essencial, ultrapassando os factores estruturais e físicos, assume importância na motivação da Equipa para as formações e para as mudanças. Por direcção entenda-se o Director de Serviço e os Enfermeiros Chefe e Responsável pela Formação.

O tema poderia ser complicado e os obstáculos difíceis, mas esperava conseguir uma mudança na percepção dos profissionais sobre a qualidade do trabalho em equipa e também na sua caracterização pelo colaborador. O aumento da qualidade de cuidados será estabelecido por inerência uma vez que existe reconhecimento que as competências de colaboração interpessoal e de trabalho em equipa que a formação interdisciplinar procura substanciar, mostraram-se capazes de melhorar os cuidados de saúde no que diz respeito à segurança do doente, satisfação dos profissionais e eficiência do serviço (Stone 2010). Espero também que os profissionais acabem por reconhecer os benefícios da formação em serviço, e especificamente da formação interdisciplinar, para que esta passe a ser opção presente, inclusive na percepção da própria direcção.

2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

As actividades previstas para o estágio, em qualquer contexto, incursavam em três grandes domínios: a prestação de cuidados, a recolha de dados e a actividade reflexiva sobre a prática. No último estágio, de maior duração, previa-se a realização de formação, interdisciplinar de preferência, em contexto de serviço. Sob esta lógica, os subcapítulos seguintes serão organizados através desta estrutura, com uma súmula, no final, das competências de enfermeiro especialista, comuns e em Pessoa em Situação Crítica, adquiridas.

2.1. Urgência de Hospital Distrital

Este hospital dispõe de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico que pode ser considerado de média dimensão com uma média de admissões diárias de 180 doentes. Uma equipa de Enfermagem com 42 profissionais que prestam cuidados directos, subdivididos por 5 equipas. A equipa médica é constituída por 11 elementos por turno. As especialidades médicas presentes são: Medicina Geral, Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia e Pneumologia em dias úteis das 9h às 21h.

Prestação de Cuidados

O serviço em causa é o meu local de exercício profissional. Foi acordada a minha presença em contexto de estágio, em três turnos realizados em Julho de 2011, com os objectivos, nesta área, de colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem do doente crítico e na gestão de cuidados e acompanhamento familiar (**Apêndice 6**). Esperava, desta forma, exercitar a capacidade de conjugar os papéis de prestador de cuidados directos e de observador, que me iria ser necessária para a recolha de dados de caracterização do trabalho em equipa na abordagem do doente crítico.

Esta experiência acabou por ser extremamente positiva e determinante para futuras situações de recolha de dados observacionais, uma vez que, sendo este o meu local de trabalho, não poderia encontrar outro onde me fosse mais difícil adoptar uma posição de mero observador. A rotina diária colocava-me em prestação de cuidados directos e o meu instinto profissional, impelia-me a participar activamente. Assumir um

papel mais passivo nas situações emergentes, e consentâneo com a qualidade profissional em que me encontrava no serviço, que me permitisse colher dados sem interferir com os mesmos, não foi um processo pacífico interiormente mas necessário para que as actividades similares futuras pudessem ser executadas mais facilmente.

Recolha de Dados

A recolha de dados foi outro objectivo assumido. Serviria duas vertentes diferentes mas interligadas: por um lado seria um teste dos instrumentos de recolha de dados elaborados e por outro, esses mesmos dados poderiam servir de comparação com os de outros campos de estágio e assim enriquecer este trabalho.

Foram preenchidas 7 grelhas de caracterização do trabalho em equipa (**Apêndice 4**) sem intercorrências e sem serem identificadas dificuldades ou conflitos no preenchimento, após autorização da Direcção do Serviço (**Anexo I**). O objectivo seriam dez mas, estando limitado no tempo e dependente das situações emergentes admitidas, foram conseguidas sete, número considerado suficiente para os objectivos.

Uma segunda acção foi a aplicação de um questionário para caracterização da formação possuída, aferição dos conceitos, e sua importância, sobre formação interdisciplinar e trabalho em equipa, e levantamento de necessidades de formação (**Apêndice 3**). Após autorização da Direcção do SU (**Anexo II**), foram aplicados na última semana de Agosto e primeira semana de Setembro de 2011 a 52 profissionais (16 médicos e 36 enfermeiros) sendo devolvidos 23 devidamente preenchidos (9 médicos e 23 enfermeiros), atingindo o objectivo de mais de 50% de questionários devolvidos (**Apêndice 6**). Este teste permitiu identificar uma similaridade entre as perguntas 10 e 11, optando-se pela eliminação da segunda, ficando como definitivo o questionário presente no **Apêndice 9**.

Reflexão

O trabalho em equipa poderá ser encarado como algo complexo. Complexidade exponenciada pelo número de intervenientes, a variedade dos seus conhecimentos, as relações hierárquicas formais ou não, e as características da situação e ambiente. São noções que adquiri ao longo da minha prática e que serviram de base inicial da minha observação. São, no entanto, variáveis sobre as quais não existirá possibilidade de

demarcação pois são inerentes a um ambiente de prestação de cuidados complexo, como a Urgência, e na presença de um doente crítico ou potencialmente crítico.

Ao longo da observação, e mobilizando os conhecimentos adquiridos da bibliografia consultada e das sessões lectivas do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, fui-me focando em outras variáveis sobre as quais se poderia intervir: Liderança, Conhecimento Mútuo, Colaboração e Confiança, Comunicação, Corpo de Conhecimentos, Conflitos e Filosofia Profissional. Estas mereceram uma reflexão mais detalhada que pode ser consultado no **Apêndice 2**. O documento elaborado atingiu o objectivo proposto (**Apêndice 6**) obtendo classificação positiva que permitiu a continuidade da frequência do Curso de Mestrado.

Competências de Enfermeiro Especialista Treinadas e Adquiridas

- ✓ Desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade gerindo sentimentos pessoais contraditórios;
- ✓ Desenvolver uma prática profissional e ética nas intervenções executadas e consentânea com a qualidade profissional em que me encontro;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, gerindo diferentes papéis desempenhados;
- ✓ Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área do doente crítico;
- ✓ Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar;
- ✓ Elaborar projectos de investigação coerentes;

2.2. Urgência de Hospital Universitário

O local é uma urgência polivalente integrada num hospital universitário. Admite uma média de 650 doentes diariamente, com uma equipa de 18 enfermeiros e 30 médicos em permanência, somando-se outro pessoal clínico dos quais realço os pertencentes a várias especialidades médicas e cirúrgicas de apoio. Como tal pode-se considerar uma equipa extensa.

O estágio decorreu entre 10 de Outubro e 10 de Novembro de 2011, num total de cinco semanas, cujo horário pode ser consultado no **Apêndice 10**. Foi-me atribuída orientação através de um enfermeiro do serviço, a quem foram fornecidos os objectivos do estágio (**Apêndice 6**), sendo integrado na equipa do mesmo, com atribuição conjunta, de forma preferencial, de sectores com maior casuística na abordagem de doentes críticos, Sala de Reanimação e SO. O Hospital Universitário aparentou possuir uma boa capacidade de internamento demonstrada pelo espaço de tempo, em média, de permanência dos doentes em SO, que, empiricamente, poderia ser quantificado como não chegando a 24h. Numa perspectiva mais alargada importa referir que este hospital tem um Departamento de Formação centralizado que gere a formação de todo o hospital e que desde a década de 70 tem um núcleo de formação multidisciplinar. No entanto não encontrei nem me foram fornecidos registos de formação interdisciplinar com objectivos de trabalhar competências de trabalho em equipa ou com objectivos congruentes com a definição de formação interdisciplinar explicitada anteriormente.

Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados ao doente crítico foi por mim eleita como prioridade. Num ambiente novo, desconhecido, foi a área em que me senti mais seguro, apoiado na minha experiência profissional, e onde os meus conhecimentos mais facilmente podiam ser mobilizados. Os objectivos foram conseguir rapidamente alguma autonomia nos cuidados de enfermagem prestados e assim merecer a confiança do meu orientador e da equipa de enfermagem. A autonomia e confiança obtidas foram facilitadoras para ser considerado como elemento, não no sentido restrito de responsabilidade por sector, mas no sentido alargado de alguém a quem poderiam recorrer se necessário. A partir desse momento a partilha de experiências e conhecimentos foi uma constante, motivando discussões e trocas de ideias que acredito terem sido benéficas para todos. No que respeita à relação com a equipa médica a evolução foi mais complicada e morosa. Existiu sempre o sentimento que o facto de estar identificado como aluno seria uma barreira na relação. A consequência inerente das dificuldades referidas foi uma comunicação interdisciplinar ineficaz que condicionou a prestação de cuidados na sua globalidade, ainda que sem implicações graves pois, em situações mais complicadas ou de resolução mais premente, o valor de protecção do doente sempre se sobrepôs. A abordagem do doente crítico foi uma dessas situações, nessas alturas nunca senti que

a qualidade de aluno fosse valorizada acima da qualidade de profissional em Enfermagem.

Focando-me no objectivo da prestação autónoma de cuidados, procurei desde cedo o seu atingimento, mas debati-me durante algum tempo com a teia de particularidades administrativas, burocráticas e comunicacionais, cuja dificuldade advinha da complexidade devida à dimensão do serviço. Por um lado sentia-me seguro em relação aos cuidados de Enfermagem que prestava sendo elemento de satisfação, por outro, sempre que o meu orientador alertava alguém para (re)observação do doente, sentia que alguma coisa me estava a falhar. Este sentimento gerou necessidade de reflexão, em sede de jornal de aprendizagem, que pode ser consultada no **Apêndice 11**. Compreendo que, com apenas 2 a 4 semanas de estágio, não seria espectável que pudesse compreender e dominar todos os canais de comunicação ou encetar todas as necessárias. Benner (2001) admite que um enfermeiro proficiente ou perito se torne iniciado ao ser mudado para um novo serviço. Não conhecia bem o serviço, nem os profissionais. Mas sempre fui exigente para com o meu trabalho e teria de contemplar a necessidade de aquisição das competências relacionadas com este problema.

A casuística existente exigiu algumas revisões de farmacologia e fisiopatologia, especialmente em Cirurgia e Ortopedia, bem como de alguns procedimentos e técnicas de enfermagem nestas áreas, que não eram mobilizados há algum tempo, além de novos conhecimentos nas áreas referidas.

A avaliação final foi positiva pelo que foi cumprido o objectivo explicitado para este item (**Apêndice 6**).

Recolha de Dados

A colheita de dados, por questionário, sobre as percepções dos profissionais médicos e de enfermagem acerca do trabalho em equipa e das necessidades de formação, esteve suspensa até ao final do estágio aguardando autorização das Direcções Clínica e de Enfermagem que surgiu na última semana (**Anexo III**), decorrendo sem problemas. Foram entregues 37 (12 a médicos e 25 a enfermeiros) e devolvidos 27 considerados válidos (6 de médicos e 21 de enfermeiros) cumprindo o objectivo para este item (**Apêndice 6**). Entretanto, com a utilização da grelha de caracterização do trabalho em equipa autorizada (**Anexo IV**), fui efectuando o seu preenchimento. Foi uma das actividades de maior índice de dificuldade de gestão.

Senti que adoptava uma posição dicotómica, por um lado tentava integrar a equipa e nas situações em que preenchia a grelha “afastava-me” da mesma e adoptava uma postura de observador, para não influenciar a dinâmica de equipa e para melhor a poder caracterizar. Com o tempo, o mal-estar interior amenizou-se ao compreender que, não sendo necessária ou dispensada pelo *team leader*, a melhor forma de colaboração seria a caracterização para eventual correcção de erros no futuro. A acção era a mesma mas a forma como a situamos e compreendemos modifica o que sentimos em relação a ela, conseguindo atingir os objectivos propostos (**Apêndice 6**).

Reflexão

O facto de existirem alunos médicos e de enfermagem em diversos níveis de formação contribuiu para uma diferenciação formal relativamente rígida, por vezes difícil de ultrapassar, que dificultou a minha integração na equipa multidisciplinar. Mas em alturas mais críticas não senti que a qualidade de aluno fosse valorizada acima da qualidade de profissional. Se temporalmente fosse possível, este estágio deveria ter mais uma a duas semanas de duração. O sentimento de integração na equipa multidisciplinar só foi mais efectivo no final da penúltima e na última semanas. Numa outra perspectiva, se tivesse conhecimento dos tempos necessários para autorização do uso dos questionários, poderia tê-la tentado obter mais cedo. A aplicação dos questionários foi uma forma de informar a equipa multidisciplinar dos meus objectivos e assim apresentar-me aos seus elementos. Esse conhecimento traria benefícios comunicacionais e relacionais com a equipa médica. No meu local de exercício profissional, sendo o número de intervenientes menor, a comunicação interprofissional é tendencialmente mais fácil e a cadeia de informação mais curta, pelo que não existe necessidade de os enfermeiros estarem permanentemente atentos a esta problemática. O papel de facilitador da comunicação entre profissionais resulta em ganhos para o doente, ainda mais perante doentes em situação crítica, ou seja, em risco de falência multiorgânica, em que a rapidez com que se avalia, identifica e implementa os cuidados necessários pode ser, e normalmente é, crucial. Trata-se de garantir cuidados com qualidade e assegurar que outros doentes tenham acesso a esses cuidados mantendo o serviço des congestionado. Trata-se de ser o que Lewis Thomas (1983) citado por Benner (2001) classificou como o cimento que solda o sistema de saúde.

Acredito que situações de falha de comunicação ocorram mais facilmente com equipas multidisciplinares amplas, que esta seja dificultada pelo facto de a mensagem atravessar mais receptores, no entanto não será de descartar que possam acontecer em qualquer outro ambiente e por isso necessário que esta preocupação, com a comunicação, seja incorporada por todos os enfermeiros, em prol da qualidade de cuidados de saúde. Implica que o enfermeiro mantenha uma visão holística do doente, e uma atenção ao que outros profissionais observam, registam e comunicam, seja por que canal for. O conceito de visão holística não será estranho a nenhum enfermeiro, é abordado e treinado na formação de base, e necessário em muitos dos cuidados prestados enquanto profissional, pelo que, com a consciencialização e treinos adequados e sistematizados, é possível incorporar no plano de cuidados a mediação e facilitação da comunicação na equipa multiprofissional.

O sentimento dominante no final do estágio na Urgência do Hospital Universitário foi, sem dúvida de satisfação. Por um lado, a satisfação de ter atingido globalmente os objectivos e, por outro, a satisfação de ter obtido novos conhecimentos e competências. Uma reflexão mais ampla pode ser consultada no **Apêndice 12**.

Competências de Enfermeiro Especialista Treinadas e Adquiridas

- ✓ Desenvolver e reforçar as minhas competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados a Pessoas em Situação Crítica ou falência multi-orgânica ao participar em situações de casuística mais ampla;
- ✓ Demonstrar e partilhar conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, trabalho em equipa e gestão e liderança de equipas através de integração na equipa;
- ✓ Consolidar capacidades e conhecimentos de gestão dos cuidados para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional - Trabalho em Equipa – através de partilha de experiências;
- ✓ Atingir e demonstrar nível aprofundado de conhecimento na área específica de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica e de trabalho em equipa;
- ✓ Optimizar a abordagem de questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador ao usar instrumentos de reflexão;
- ✓ Desenvolver competências para a criação de ambiente terapêutico e seguro;

- ✓ Optimizar reconhecimento e importância das intervenções para controlo de infecção no doente crítico utilizando racionalmente uma maior variedade de equipamentos e materiais disponíveis;
- ✓ Desenvolver uma prática profissional e ética nas intervenções executadas e consentânea com a qualidade profissional em que me encontro (enfermeiro proficiente/perito - Benner, 2001);
- ✓ Desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade.

2.3. Urgência de Hospital Central

A Urgência do Hospital Central é polivalente. Admite uma média de 450 doentes diariamente, com uma equipa de enfermagem de 15 a 19 elementos e aproximadamente 40 médicos, ambas em permanência, ao que se soma uma série de outro pessoal clínico dos quais devo realçar os pertencentes a várias especialidades médicas e cirúrgicas de apoio, tal como no SU do Hospital Universitário. Como tal também se pode considerar uma equipa extensa.

O estágio decorreu entre 16 de Novembro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012, num total de doze semanas, cujo horário pode ser consultado no **Apêndice 10**. Foi-me atribuída a orientação de um enfermeiro do serviço, a quem foram fornecidos os objectivos do estágio (**Apêndice 6**), e fui integrado na equipa do mesmo, com atribuição conjunta, de forma preferencial, de sectores com maior casuística na abordagem de doentes críticos, Sala de Reanimação e SO. O Hospital Central aparentou possuir uma boa capacidade de internamento demonstrado pelo espaço de tempo, em média, de permanência dos doentes em SO, que, empiricamente, poderia ser quantificado como não chegando a 24h. As similaridades em termos de dimensão e recursos com o Hospital Universitário são claras e, em ambos o utente é triado, atribuída uma prioridade e encaminhado para uma especialidade. O utente em situação crítica é encaminhado para uma das salas de reanimação ou directamente para o SO conforme a 1ª avaliação médica. O encaminhamento para a sala de reanimação ou de Trauma pode ser decidido pelo enfermeiro que primeiro abordar o doente. No Hospital Central existem uma sala de Trauma com capacidade para dois doentes e duas de Reanimação com um total de 4 ventiladores.

Este hospital tem um Departamento de Formação centralizado que gere a formação a nível de todo o hospital. Quer em âmbito da formação em serviço quer do departamento central não encontrei nem me foram fornecidos registos de formação interdisciplinar com objectivos de trabalhar competências de trabalho em equipa ou com objectivos congruentes com a definição de formação interdisciplinar explicitada anteriormente, embora existam formações frequentadas por grupos multiprofissionais.

Prestação de Cuidados

As similaridades entre as urgências dos hospitais Central e Universitário, em termos de dimensão e dotação de pessoal são algumas. Desta forma, a experiência adquirida no Hospital Universitário trouxe-me alguns benefícios na adaptação inicial. A estrutura física mais condensada do SU do H. Central permitiu-me utilizar as referências da visão global de serviço adquiridas no H. Distrital e alargar essa capacidade de visão a um serviço maior, fruto da experiência no H. Universitário.

A prestação de cuidados foi a minha prioridade, considerando esta vertente como a pedra de toque para a integração na equipa de Enfermagem e, posteriormente, na equipa multidisciplinar. Por a área em que me sentia mais seguro, proporcionou uma adaptação e integração pessoal e profissional suave e rápida da minha parte. A integração na equipa de Enfermagem foi sem intercorrências e a partir da quarta semana havia adquirido a autonomia de cuidados que pretendia atingir (**Apêndice 6**), e, não sendo elemento efectivo, a equipa confiava em mim como se o fosse e mostrava-se interessada na partilha de experiências, originando, em várias ocasiões, reflexões conjuntas a nível da gestão de cuidados. A integração na equipa multidisciplinar também aconteceu sem intercorrências. Com uma estrutura menos conservadora e mais liberta de graus académicos, a equipa multidisciplinar revelou-se mais coesa e com relações interpessoais mais estabelecidas, com ganhos óbvios na eficácia de comunicação e coordenação, bem como na tomada de decisão, mais interdisciplinar na maioria das situações. Esta conjuntura permitiu que a equipa médica me considerasse, a partir do primeiro mês, como um enfermeiro, que, apesar de não pertencer ao serviço, nele exercia funções, comunicando e interagindo como se o fosse. Também é verdade, que com a experiência no SU do H. Universitário, desde os primeiros dias procurei apresentar-me e identificar os meus objectivos para o estágio e, dessa forma, obter uma base de relacionamento.

A avaliação final da prestação de cuidados foi globalmente positiva, cumprindo, neste item, os objectivos propostos (**Apêndice 6**).

Recolha de Dados

Os pedidos de autorização para utilização das grelhas de caracterização do trabalho em equipa e dos questionários foram endereçados no dia 17 de Novembro às Direcções de Enfermagem e Clínica tendo sido deferidos, via e-mail, nos dias 12 e 4 de Dezembro (**Anexo V**). A aplicação decorreu sem dificuldades. Foram preenchidas 7 grelhas até à 2ª semana de Janeiro e os questionários, dos 32 entregues (12 médicos e 20 enfermeiros) foram devolvidos 29 válidos (10 médicos e 19 enfermeiros), cumprindo o objectivo de mais de 50% de questionários devolvidos (**Apêndice 6**).

Neste serviço, os questionários foram entregues aos enfermeiros de uma equipa acrescentando os elementos com horário fixo e a duas equipas médicas fixas. Em relação aos enfermeiros, existe no serviço uma política de uniformização das equipas, que subdivide os elementos segundo a experiência de modo a que estas se mantenham estáveis na capacidade prestação de cuidados, podendo, teoricamente, cada equipa ser representativa das restantes. No que concerne à equipa médica, a opção prendeu-se ao facto de ser a estes elementos que mais poderia interessar o tema, uma vez que pertencem aos quadros do hospital e potenciando a adesão às formações planeadas.

Reflexão

O SU do Hospital Central conjugava alguns pontos das duas realidades anteriores, permitindo-me regressar às bases da minha experiência profissional com o alargamento de perspectiva adquirido no estágio no SU do Hospital Universitário. A minha zona de conforto profissional pôde ser mantida enquanto alicerçava a capacidade de visão mais ampla exigida num serviço de maiores dimensões. Tal originou que uma menorização das dificuldades no desempenho do papel central do enfermeiro como elemento de interligação entre os vários profissionais. Num ambiente com bons canais de comunicação e boas relações profissionais, juntando as reflexões trazidas do estágio anterior, as dificuldades sentidas anteriormente desvaneceram-se.

O circuito de doentes neste SU prevê a utilização da Reanimação para estabilização dos doentes críticos (no Universitário era mais o SO e no distrital a Sala

de cuidados intermédios) pelo que pude obter experiências diferentes e conjuga-las. É minha opinião que a sala de reanimação é o local de eleição para a estabilização do doente crítico, pela sua disposição, pelos recursos disponíveis e pela dinâmica que normalmente aí é imprimida. Não deixa de ser um desafio na gestão de cuidados, quer para não cair na tentação de permeabilizar o acesso a outro tipo de doentes, quer para que esta não fique ocupada além do estritamente necessário, prejudicando a capacidade de resposta. Ficou claro para que o equilíbrio deste sistema se prende com o estabelecimento precoce de objectivos de tratamento, de modo a que, assim que atingidos, se transfira o doente para outro local mais adequado à prossecução do seu tratamento. Estes objectivos, normalmente, eram inferidos pelos elementos da equipa, mas não clarificados e discutidos inicialmente. Nas situações em que tal aconteceu, o resultado foi positivo, situação que foi sujeita a reflexão na sequência da elaboração de estudos de caso com plano de cuidados (**Apêndice 13**).

O estudo de caso é um instrumento comumente utilizado na formação e investigação em enfermagem que permite consolidar conhecimentos e analisar as competências desenvolvidas, na medida em que possibilita a reflexão e análise do trabalho realizado e dos cuidados prestados. Esta metodologia substituiu o jornal de aprendizagem neste estágio com ganhos no aprofundamento dos conhecimentos da linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e num exercício teórico, ainda que conceptualmente discutível, admito, na articulação do SAV com as Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson.

Formação Em Serviço

No cumprimento dos objectivos estabelecidos (**Apêndice 6**), existiu o planeamento de acções de formação em serviço sob tema do projecto de (Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico), articulado com os temas e necessidades levantados pelos questionários, que revelaram um interesse maioritário nos temas “Suporte Avançado de Vida”, “SAV em Trauma” e “Trabalho em Equipa”.

Admitindo alguma impreparação para a formação de adultos, quer nos conhecimentos teóricos quer práticos, obtive formação a este nível através da Prof. Patrícia Rosado Pinto na Faculdade Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (**Anexo VI**). Com base nos conhecimentos obtidos foi elaborado um plano inicial de formação que pode ser consultado no **Apêndice 14**. A negociação deste, com a

enfermeira responsável por esta área e com a Enfermeira Chefe, redundou numa reestruturação completa do plano. A afectação de um dia para formação apresentava dois obstáculos importantes: não era política do serviço conceder horas para formação dificultando a presença e existência de *quórum*, e em contexto de serviço apenas era concedida 1h por sessão. As reformulações podem ser consultadas no **Apêndice 15**.

As condições físicas para a formação não foram as melhores. Foi efectuada na sala de estar de Enfermagem com capacidade para cerca de 7 lugares confortáveis. Esta situação constituiu mais um obstáculo aos objectivos definidos. A divulgação da formação foi efectuada pessoalmente e por cartaz afixado no serviço e de modelo padronizado do mesmo (**Anexo VII**). As sessões foram programadas para abranger duas equipas de Enfermagem e duas equipas médicas e em dias em que pudessem os mesmos grupos assistir a ambas, uma vez que eram interligadas. As apresentações *power point* das sessões podem ser consultados no **Apêndice 16**. As sessões foram avaliadas por dois instrumentos: um constituído por fichas diagnósticas e de avaliação (**Apêndice 17**), concebidas por mim para avaliação da aprendizagem, e a de avaliação qualitativa utilizada pelo serviço (**Anexo VIII**). No **Apêndice 18** pode-se consultar os quadros das avaliações e comprovar que a avaliação qualitativa foi muito positiva, num claro sinal que pode ser interpretado como tendo ido de encontro às expectativas dos formandos. Por outro lado indicam que o meu desempenho, enquanto formador, foi apreciado. Em relação à aprendizagem, os objectivos previstos nos planos de formação (**Apêndice 15**) não foram plenamente atingidos, mas podem-se assumir ganhos conforme resultados nos quadros do **Apêndice 18**. O não cumprimento de objectivos de formação pode estar ligado às condicionantes físicas e à duração das sessões, que estando longe das ideais, foram as permitidas pelo serviço, bem como ligado a uma possível sobre-exigência destes, que na sua maioria correspondiam a uma aprendizagem total. O SU Hospital Central encontrava-se em adaptação à reorganização dos Serviços de Urgência em curso, e ainda com elementos recém-integrados, debatia-se com um acréscimo de valências e doentes (na ordem dos 25%). Estas condicionantes originavam um quadro de trabalho exigente em que a dispensa, ainda que temporária, para formação era dificultada. Esta conjuntura, e dimensões do espaço físico, contribuíram para que não existisse a presença de médicos nas formações, não permitindo atingir o objectivo de ser uma formação interdisciplinar. Por outro lado dificultou a meta pretendida de 20% de assistência (**Apêndice 6**), conseguida na formação dedicada ao Trauma mas não na dedicada ao SAV.

Competências de Enfermeiro Especialista Treinadas e Adquiridas

- ✓ Desenvolver e reforçar competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados a Pessoas em Situação Crítica ou falência multiorgânica consolidando os cuidados em situações clínicas mais diversificadas;
- ✓ Consolidar capacidades e conhecimentos de gestão dos cuidados para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional - Trabalho em Equipa – através de integração plena na equipa multidisciplinar;
- ✓ Optimizar a abordagem de questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador consolidando o uso de instrumentos de reflexão (estudos de caso);
- ✓ Atingir e demonstrar nível aprofundado de conhecimento na área específica de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica definida pela avaliação positiva recebida;
- ✓ Participar na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente identificando e gerindo as práticas que podem comprometer a segurança do paciente ao divulgar dados recolhidos pelos instrumentos de avaliação;
- ✓ Colaborar na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro melhorando a gestão de risco;
- ✓ Demonstrar e partilhar conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, SAV em Trama, Trabalho em Equipa, Formação Interdisciplinar e gestão e liderança de equipas através das acções de sensibilização;
- ✓ Optimizar reconhecimento e importância das intervenções para controlo de infecção no doente crítico utilizando racionalmente uma maior variedade de equipamentos e materiais disponíveis;
- ✓ Desenvolver uma prática profissional e ética nas intervenções executadas e consentânea com a qualidade profissional em que me encontro (enfermeiro proficiente/perito – Benner, 2001);
- ✓ Desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade integrando a equipa na discussão e tomada de decisões.

3. TRATAMENTO, ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE DADOS

Neste capítulo serão tratados e analisados os dados obtidos através dos questionários e grelhas de caracterização (**Apêndices 9 e 4**). Para o efeito foram utilizados os programas informáticos SPSS v17, como base de dados e para trabalho estatístico, e Excel, como compilador dos dados obtidos. Os testes de assimetria e curtose revelaram uma amostra demasiado assimétrica para que os dados obtivessem significância e confiança estatisticamente relevantes. Tendo em conta que os instrumentos de recolha de dados foram elaborados para realidades e objectivos específicos, e não estatisticamente testados e validados, estes factos não são impeditivos de uma análise inferencial. Não se pretende retractar o universo de serviços de urgência mas apenas os três que constituíram campos de estágio.

Os quadros relativos aos dados podem ser consultados no **Apêndice 19**

3.1. Caracterização da Amostra

As amostras de população tiveram por base, para os enfermeiros, o número que constitui uma equipa, que sendo cinco em todos os locais, representariam 20% dos elementos, com excepção do H. Distrital em que representam 50%, assumindo uma dimensão equiparável às restantes. Em relação aos médicos o objectivo era que representassem pelo menos metade dos elementos de equipa fixa (pertencentes ao hospital). As amostras dos três locais são comparáveis e relativamente uniformes na sua dimensão variando entre 29,9% (H. Universitário) e 36,8% (H. Distrital) do total, mas assimétricas por profissão, constituída em 71,3% por enfermeiros.

Sendo a equipa de Enfermagem, normalmente, constituída maioritariamente por elementos do género feminino, a distribuição por sexo tendencialmente feminina seria espectável, representando este género 65,5% da amostra. Em relação à idade, a distribuição revelou-se maioritária no intervalo entre os 25 e os 40 anos com um total de 74,7 % de representação. A distribuição por experiência em urgência fica compreensível ao ser contemporizada pela distribuição de idade. Os elementos com mais de 5 anos de experiência representam 62% da população questionada.

As distribuições revelaram equipas mais experientes do que o esperado e no início empiricamente. O Serviço de Urgência é fisicamente exigente e, na actual conjuntura

de precarização de vínculos e rotatividade de, poderia ser espectável a existência de maior número de elementos muito jovens e com pouca experiência. Ainda que na equipa médica possa ser diferente, seria o esperado na equipa de enfermagem.

3.2. Formação em Emergência

Em relação à formação profissional de base, a maioria dos médicos inquiridos são especialistas em Medicina Interna (56%) e Cirurgiões (28%). Nos enfermeiros apenas 3 possuíam especialidade, 1 em Pediatria e 2 em Reabilitação. Apesar de podermos considerar provável que exista maior número de elementos de enfermagem com especialização, o facto de não ocuparem vaga consentânea com a habilitação pode impedir que se identifiquem como tal.

No que respeita à formação em SAV verificou-se que 87% dos enfermeiros SU do H. Distrital possuem-na, e em contraste, no H. Central apenas 52,6%. Curiosamente estas percentagens invertem-se para a equipa médica com 44,4% e 80% respectivamente. Será de ponderar se as realidades inversamente proporcionais não significarão uma tentativa inconsciente de procura de equilíbrio na posse de formação em SAV. Se uma equipa monoprofissional apresenta um *deficit* de elementos com formação, a outra sentirá necessidade de equilibrar? Na formação em Trauma, esta tendência não se verifica. Nos enfermeiros, esta é muito valorizada no H. Universitário (90%) e menos no H. Distrital (47,8%), o que poderá ser explicado por estes SU terem diferente casuística, motivando diferentes preocupações, mais ainda se considerarmos que o SU do H. Distrital, por não ter Neurocirurgia, transferirá grande parte dos doentes vítimas de trauma grave. Em relação aos médicos a situação é menos assimétrica, varia entre 33,3% e 50%, talvez por esta formação ser muito exclusiva dos Cirurgiões, uma vez que são estes que normalmente se responsabilizam por vítimas de Trauma.

Na actualização destas formações, observou-se que é maior nos enfermeiros, mas não significativamente. Ainda assim, e tendo em conta que as *guidelines* foram modificadas há cerca de 1 e 3 anos atrás, ainda existe uma percentagem significativa de elementos com 2 actualizações em falta (32,1% no SAV e 28,7% em Trauma).

Outras formações em técnicas e competências de urgência são procuradas pelos profissionais para complementarem conhecimentos. Observa-se que as mais comuns incidem nos 2 sistemas que mais comumente são causa de morte no doente crítico, o

respiratório e circulatório. Curiosamente a distribuição de outras formações é similar entre médicos e enfermeiros, 48% e 43,5%, percebendo-se uma preocupação comum.

3.3. Conceito de Formação Interdisciplinar

Os conceitos de formação e formação em serviço são debatidos nos planos curriculares de médicos e enfermeiros, depreendendo-se que ambos os grupos possuam noções fidedignas sobre estes. Seria necessário saber que importâncias lhes atribuem, sendo observado que a grande maioria dos profissionais, 89,7%, considera a formação em serviço como muito importante ou imprescindível. Estas premissas não são válidas para a formação interdisciplinar, conceito que poderia ser desconhecido, e que pode não ser abordado nos programas curriculares. Verificou-se que apenas 46% dos profissionais afirma que o conceito é familiar mas destes 100% afirmaram que a Formação Interdisciplinar é aplicável no Serviço de Urgência. Aos que afirmaram conhecer o conceito de Formação Interdisciplinar, foi pedido que o descrevessem. Para recolha de dados adoptou-se a definição do CAIPE referida na Introdução e dividiu-se no uso de 4 termos chave. A maioria reconhecia como formação com duas ou mais profissões e pouco mais de um terço como em conjunto, mas no que diz respeito à melhoria da colaboração ou da qualidade apenas 5% e 7,5% fizeram tais referências.

Os temas que os Enfermeiros consideraram como os mais importantes a serem abordados em contexto de formação interdisciplinar foram os algoritmos de emergência (70,4%) e a abordagem do politraumatizado (59,3%), à semelhança dos médicos mas que distribuem opiniões mais uniformemente com o tema Trabalho em Equipa (30,8%, 38,5% e 30,8%). O mesmo exercício, com distribuição pelo local, indica-nos que os mesmos temas surgem na linha da frente das respostas, mas é de notar a importância atribuída pelos elementos do H. Central às técnicas de emergência (SAV e Trauma) com 66,7% de escolha, o que pode ser explicado pelo possível *deficit* formativo observado anteriormente nos enfermeiros.

3.4. Trabalho em Equipa

Na segunda dimensão do tema do projecto, o Trabalho em Equipa, procurou-se perceber qual a importância dada pelos profissionais ao mesmo, em contexto de

emergência, verificando-se que 95,4% consideraram que é muito importante ou indispensável. Ao cruzar este item com as variáveis Profissão e Local observou-se que médicos (76%) e os profissionais do SU do H. Central (86,2%) foram os que em maior número consideram como indispensável o Trabalho em Equipa. Nos médicos, os dados condizem com a maior preocupação evidenciada nos temas de formação e no caso do H. Central pode ser indicativo do esforço que os elementos fazem para que exista trabalho em equipa no seu serviço. Foi por mim referido em reflexão que senti que era o local em que a equipa parecia ter melhor dinâmica. Aprofundando a importância atribuída ao Trabalho em Equipa, subdividiu-se em três componentes essenciais para avaliar eventuais discrepâncias e nas dimensões Confiança, Comunicação Eficaz e Definição de *Team Leader*, as opiniões quanto à sua importância mantiveram-se largamente maioritárias no muito importante e indispensável, e com vantagem para a última (57,5%, 66,7% e 49,4% respectivamente).

A importância da definição de *team leader* impunha as questões de quem deve sê-lo e porquê. Para avaliar conflitos de opinião entre médicos e enfermeiros, os resultados foram analisados por profissão, sendo que a maioria dos enfermeiros considera que o *team leader* deveria ser o mais preparado (53,2%), não constituindo surpresa, mas curiosamente 32% dos médicos concordam, embora a maioria refira que deveria ser o médico (52%). Conjugando com as opiniões acerca do motivo de escolha encontramos concordância entre médicos (52%) e enfermeiros (53,2%) em que deveria ser o nível de competências na área a determinar a escolha do líder. Não parece descabido depreender que exista uma noção transversal que o *team leader* deva ser escolhido pela competência e preparação e não exclusivamente pelo título profissional.

Por último inquiriu-se sobre a frequência, por quem e se em conjunto, de formação sobre trabalho em equipa, em que 93,5% dos enfermeiros e 96% dos médicos consideram que a formação deveria ser efectuada em conjunto. Este dado pode ser encarado como indicador de preparação para a existência de formação interdisciplinar.

3.5. Factores Positivos e Negativos

No que respeita aos factores que positivamente influenciam o trabalho em equipa, a maioria das respostas nos Hospitais Distrital e Central incidiram na posse de conhecimento, formação ou experiência (56,3% e 62,1%). Com 42,3% de respostas

este item no Hospital Universitário foi ultrapassado pela importância de uma comunicação eficaz com (46,2%). Em linha com os anteriores, os factores que contribuem negativamente para a eficácia do trabalho em equipa mais considerados, foram a falta de conhecimentos, formação ou experiência, 57,7% e 48,3% de respostas nos Hospitais Universitário e Central, sendo que no Hospital Distrital o factor mais considerado foi a existência de mau ambiente de trabalho com 49,9%. Se cruzado com a variável profissão, a existência de conhecimento, formação ou experiência surge como principal factor que positivamente influencia a eficácia do trabalho em equipa para enfermeiros e para médicos (59,7% e 40,0%) e em contraponto, a sua falta foi a mais referida como a afectando negativamente, com 50,0% e 32,0% respectivamente, sendo de realçar que a mesma percentagem de médicos, 32%, considera a própria falta de trabalho em equipa como factor negativo.

Os dados anteriores sugerem que os principais factores identificados pelos profissionais como passíveis de afectar o trabalho em equipa são a posse ou não de competências para o mesmo e os conhecimentos, sem esquecer a formação, e que da, mesma forma, os resultados são grandemente sobreponíveis nas diferentes Urgências.

3.6. Caracterização do Trabalho em Equipa

A caracterização do trabalho em equipa nos 3 SU foi efectuada recorrendo a uma grelha de observação (**Apêndice 4**). As dimensões do trabalho em equipa observadas foram: a abordagem, a definição de *team leader*, a assertividade e a comunicação.

Caracterizando as ocorrências, foi observado que a identificação do doente como crítico ou potencialmente crítico foi maioritariamente efectuada pelo CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), através de activação meios pré-hospitalares do INEM, e pelo Enfermeiro de Triage (47,6% e 38,1%). O critério de gravidade mais comum foi a dispneia, 33,3%, seguido pelo politraumatismo, 23,8%, sendo que a orientação para a especialidade foi maioritária para a Medicina Interna, 71,4%. Apesar de em 47,6% das situações a identificação do doente como crítico ter sido efectuada ainda no pré-hospitalar, apenas em 28,6% a informação antecedeu a chegada do doente ao SU, explicando a existência de **briefing** só em 9,5% das ocorrências. Não é no entanto explicação suficiente, apontando para a não valorização deste instrumento para preparar e organizar a equipa com antecedência, o que poderia ser facilitador do

trabalho em equipa e da sua eficácia. Os factos apontam para a necessidade de melhorar mecanismos ou protocolos de comunicação entre o pré-hospitalar do INEM e os SU, bem como para a consciencialização dos benefícios do *briefing*. No que respeita à primeira avaliação do doente no SU, em 61,9% das situações observadas, esta foi efectuada em conjunto por médico e enfermeiro, indiciando algum reconhecimento nas vantagens de diferentes olhares de diferentes profissões e profissionais.

Na dimensão *team leader* houve uma definição do mesmo em 95,2% das situações, ainda que a definição formal apenas tenha ocorrido em 9,5%. Regista-se ainda como maioritária, 90,4%, a definição do médico como *team leader*, sendo que informal em 81,0% dos casos, demonstrando que se trata de uma situação aceite e implementada. No que concerne ao seguimento de *guidelines*, em 38,1% das situações estas foram seguidas, em 23,8% não foram cumpridas (a abordagem ABCDE não foi considerada) e em 38,1% das situações considerou-se não aplicável por não ter sido explícita a avaliação dos itens ABCDE ou por respeitarem a decisões terapêuticas que possam ser abertas nas *guidelines* consideradas (ERC e INEM). Por fim, o *team leader* não distribuiu tarefas em 90,5% dos casos, não definiu prioridades em 66,7% e não definiu objectivos em 90,5%. Estes dados parecem indicar que, quer a definição de *team leader* quer as tarefas organizativas deste, assentam no pressuposto que cada um sabe o seu lugar e função na equipa, o que nem sempre se verificou, podendo acarretar prejuízo para a prestação de cuidados por desadequado trabalho em equipa.

Na dimensão assertividade, o tom de voz e o discurso adequados estiverem presentes em 85,7% das situações, mas a gestão de espaço foi desadequada em 57,1%. No que concerne à valorização de opiniões divergentes e sua discussão e ao processo de tomada de decisão verificou-se que as primeiras não o foram em 61,9% das vezes e a segunda não foi consensual em 71,4%. A indicação parece ser de existência de respeito interpessoal no tom de voz e discurso mas que as decisões e opiniões são assentes na “hierarquia” do médico, a quem, na verdade, formal e administrativamente, é imputada a responsabilidade das mesmas. Ainda assim seria talvez mais benéfico e defensável se as decisões fossem obtidas por alguma forma de consenso e que as opiniões fossem valorizadas, discutidas e sancionadas ou não, pela equipa como um todo. Estas variáveis cruzadas com o Local, indicam que o Hospital Distrital apresentou maior equilíbrio entre a valorização das opiniões e o consenso da tomada de decisão, sendo os extremos negativos pertencentes ao H. Universitário na primeira questão e ao H. Central na segunda.

Em relação à comunicação entre os elementos verificou-se que em 100% das situações foi utilizada terminologia científica e em 81% a linguagem foi concisa e sem margem para interpretações dúbias, sendo que estas características são espelhadas pelo uso de acrónimos e abreviaturas em 90,5% das situações. Em consonância com a pouca valorização e discussão de opiniões divergentes analisada anteriormente, apenas em 52,4% das vezes informação não solicitada era fornecida pelos elementos, podendo significar um retraimento na sua verbalização ou descrença na sua utilidade. Por último registou-se apenas uma ocorrência (4,8%) em que se realizou *debriefing*, indicando não reconhecimento deste processo para aprendizagem, e coerência com a ideia de que o funcionamento da equipa é mais tácito e ditado pelas experiências individuais do que por um funcionamento organizado apoiado num *team leader*.

A última observação prendia-se com o tempo de trabalho em conjunto da maioria dos elementos pertencentes à equipa de abordagem do doente nas situações. A maioria trabalhava em conjunto num intervalo entre 2 e 5 anos, 47,6%, mas existiam mais elementos a trabalhar em conjunto há menos de 2 anos (28,6%) do que há mais de 5 (23,8%). Estes resultados indicam que as equipas de urgência podem não ser tão estáveis quanto desejado, uma vez que estas não se formam como verdadeira equipa em pouco tempo e uma possível entrada constante de novos elementos provoca sempre desajustes e alterações. Por Hospital, é o Universitário que apresenta equipas mais recentes (42,9% trabalham em conjunto há menos de 2 anos) e no extremo oposto o Hospital Central apresenta equipas aparentemente mais estáveis em que 87,7% dos elementos conhecem-se há mais de 2 anos.

3.7. Reflexão

A representação mental, social e profissional de um Serviço de Urgência é a de um local complexo, exigente e desgastante. A esta ideia associa-se à de uma elevada taxa de rotatividade de pessoal e de elementos jovens. As distribuições apresentadas revelaram equipas de médicos e enfermeiros mais experientes em urgência que o esperado, apesar de maioritariamente abaixo dos 40 anos, deixando antever que nos serviços em questão exista um núcleo de pessoal que se mantém em urgência durante muitos anos. A este facto não será alheio o facto de os médicos apenas puderem pedir dispensa de urgência após os 55 anos e que se iniciam ainda no internato.

Em relação à formação necessária para prestar cuidados numa urgência, o SAV e o SAV em Trauma, são consensualmente admitidos como principais (DGS, 2010). Os dados recolhidos revelaram que a maioria dos profissionais a possui, ainda que a distribuição entre os grupos médicos e enfermeiros seja diferente nos serviços referenciados. Poder-se-á questionar se a equipa multiprofissional não procura um equilíbrio nestas formações de forma inconsciente, ou seja, se num grupo profissional existem poucos elementos com SAV, o outro tende a compensar, ainda que tal possa nascer de uma avaliação de necessidades de cada elemento enquanto indivíduo. No que respeita a outro tipo de formações verificou-se uma preocupação comum entre médicos e enfermeiros, extensível e coincidente aos temas mais procurados.

No que concerne à Formação Interdisciplinar mais de metade dos profissionais desconhecia o conceito, o que, considerando que não faz parte dos currículos académicos da maioria, não será surpresa. No entanto dos que conhecem o conceito, houve unanimidade de opinião quanto à sua aplicabilidade no Serviço de Urgência. Mesmo em relação aos temas que poderiam ser abordados através de formação interdisciplinar houve convergência de opiniões entre médicos e enfermeiros privilegiando os algoritmos de emergência, a abordagem do politraumatizado e o trabalho em equipa. Como se não, verificou-se que o conceito de formação interdisciplinar, raramente foi associado ao aumento da qualidade e colaboração.

Em relação ao trabalho em equipa, a sua importância é amplamente reconhecida por médicos e enfermeiros, e é consensual que os factores que mais o afectam, positiva e negativamente, são o conhecimento, a formação e a experiência bem e as competências para o trabalho em equipa, com realce para a comunicação. Mesmo num item tão sensível como a liderança, verificou-se que a maioria reconhece a competência e preparação como determinantes, em detrimento do título profissional.

Os dados apontam para, independentemente do tipo de SU e salvaguardando algumas especificidades, a maioria dos médicos e enfermeiros assumirem posições e opiniões muito semelhantes quanto à importância da formação e do trabalho em equipa e se encontrarem receptivos a que estas aconteçam e se formem em conjunto, em concordância com Hammick *et al* (2007) que referem que a formação interprofissional é normalmente bem recebida pelos profissionais. No entanto ficou claro, com as experiências da formação em serviço, que a importância destes temas para as administrações e direcções possa não ser tão reconhecida, uma vez que o não investimento nestas áreas é notado pela falta de condições físicas proporcionadas,

pela falta de reconhecimento das horas despendidas em formação e pela falta de uma estrutura que possa certificar as formações, factor importante pela relevância que se dá actualmente aos currículos. Alguns destes factores haviam sido identificados por Morison *et al* (2003), referido por Hammick *et al* (2007).

Os dados caracterizadores do trabalho em equipa não revelaram diferenças muito acentuadas entre os serviços, e estas possivelmente estariam mais associadas à cultura e filosofia predominantes e que advém de estruturas mais ou menos rígidas. Ficou patente a necessidade de uma melhor comunicação entre o pré-hospitalar e o SU, sendo necessário envolver o INEM na criação de protocolos de colaboração e comunicação. Após este requisito, a consciencialização da importância do *briefing* como forma de preparar toda a equipa e a organizar torna-se possível, agilizando-se os tempos de resposta e de execução, bem como melhorando a colaboração entre elementos. Ficou também patente que a definição do líder na reanimação é, por norma, um processo pacífico, mas que este, na maioria das vezes, assume que todos os outros elementos sabem de antemão qual o seu lugar e papel, sendo pouco interventivo, conciso e organizativo, colocando-se a questão da necessidade de formação em liderança para grande parte dos elementos.

A assertividade encontra-se presente na maioria das situações de abordagem do doente crítico, existindo respeito interprofissional e interpessoal, mas no que concerne às decisões estas têm tendência a não serem discutidas, bem como as opiniões divergentes a não serem ponderadas. Nestas dimensões, as faculdades exclusivas de prescrição e diagnóstico por parte dos médicos tendem a ditar a regra, e entre estes, a do mais graduado. Esta formalização mais rígida também foi observável na tomada de decisões de tratamento, investimento no tratamento e encaminhamento. Não posso deixar de referir que, quando decisões mais complexas em termos éticos ou organizativos contaram com a participação de vários elementos da equipa, o ambiente após a decisão se revelou muito mais pacífico que em outras situações. Numa última vertente, foi notório que, quando as opiniões dos diversos elementos eram valorizadas, toda a comunicação se tornava mais rica talvez porque existisse um sentimento de utilidade da mesma.

O recurso ao *debriefing* como instrumento de partilha e aprendizagem foi quase nulo. Esta situação torna-se coerente com a ideia de que o funcionamento das equipas é mais tácito e apoiado em conhecimentos e experiências individuais do que num

funcionamento organizado apoiado num *team leader*. Muito trabalho ainda se encontra por fazer nesta área.

A formação interdisciplinar e o trabalho em equipa na abordagem do doente crítico são reconhecidas como muito importantes pelos médicos e enfermeiros, e o funcionamento das equipas observadas e as respostas dadas nos questionários, parecem apontar para o declínio da ideia do conflito de competências entre profissionais, mas parece exacerbar um pouco mais o conflito de opiniões, e este só pode começar a ser ultrapassado através da aquisição de um núcleo de conhecimentos e linguagem comuns e de competências de trabalho em equipa. Frenk *et al* (2010) consideram que a formação interdisciplinar pode ser um excelente instrumento para quebrar os silos profissionais instituídos e promover relações colaborativas e não hierárquicas em equipas eficazes. Parece existir abertura por parte dos profissionais para este modelo, mas a falta de apoios e investimentos, bem como reconhecimento da importância da formação por parte das estruturas dirigentes parecem dificultar seriamente estes processos.

4. CONCLUSÃO

Globalmente, os objectivos propostos para este relatório foram atingidos, e inerentemente, para o Ensino Clínico, justificando uma avaliação positiva do mesmo.

O projecto associado ao Ensino Clínico, e implementado, permitiu recolher dados científicos que suportem ou infiram algumas mudanças na prática de cuidados de saúde no que concerne à abordagem do doente crítico, ao trabalho em equipa e à formação interdisciplinar, mas que a procura de uma linguagem e corpo de conhecimentos comuns não façam perder de vista a identidade da Enfermagem e a função do enfermeiro “...ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimentos necessários.” (Henderson, 2004, p.3).

A prestação de cuidados em Ensino Clínico, em contexto prático, através da mobilização de conhecimentos, anteriores e adquiridos no Mestrado, permitiu o reforço e desenvolvimento de cuidados de Enfermagem especializados, em especial, na área da Pessoa em Situação Crítica, confirmados pelas avaliações obtidas. As competências de enfermeiro especialista foram assim obtidas, assimiladas e treinadas colocando-me numa posição de enfermeiro proficiente/perito, pela classificação de Benner (2001).

O tema em si exigiu um aprofundamento de conhecimentos nas áreas de abordagem de doente crítico, trabalho em equipa e formação interdisciplinar, cujos conhecimentos foram mobilizados e demonstrados transversalmente no relatório, culminando na formação em serviço produzida.

Ficou patente a necessidade de mudança na filosofia dos serviços no que se refere à formação. Esta deve ser encarada como prioritária, pela importância que os profissionais lhe imputam, mas também pelo seu potencial de contribuição para a melhoria da qualidade de cuidados. O trabalho em equipa é reconhecido como essencial por quase todos, e nem sempre este se encontra bem implementado, o que justifica um investimento na formação de competências no mesmo. Musson e Helmreich (2004) admitem que a formação para desenvolvimento de competências em trabalho em equipa é algo novo para a saúde, particularmente para os médicos que são desde o início treinados para serem auto-suficientes. A formação interdisciplinar é

um conceito ainda a necessitar de divulgação, mas os profissionais parecem abertos à mesma e o seus objectivos de melhoria da colaboração e qualidade dos serviços devem ser força motriz para que estes a implementem. Hammick *et al* (2007) referem que a formação interdisciplinar em serviço, além de resultados de aprendizagem positivos, traz mudanças nos comportamentos e na prestação de cuidados ao doente, e “Todos os membros da equipa devem considerar a pessoa (doente) que servem como figura central...” (Henderson, 2004, p.3).

Ficou clara a importância da formação, mas também que esta deva possuir requisitos como a certificação, a atribuição de horas para o efeito, o seu reconhecimento como prioritário e a colaboração interinstitucional para a formação de protocolos, identificação de necessidades comuns e racionalização dos meios, com vista a obter programas formativos interinstitucionais, colaborativos, que, recorrendo a recursos humanos e materiais já existentes, sejam capazes de prover a maioria das necessidades formativas dos profissionais, com menor recurso a formação externa e por decisão individual. Esses programas de formação devem ser adaptados ao tamanho das instituições, às características dos procedimentos nelas executadas, à cultura organizativa existente e à própria cultura regional (Musson e Helmreich, 2004) mas a conjugação de esforços, recursos materiais e humanos num regime colaborativo e filiativo entre Centros de Formação de várias instituições pode ajudar a ultrapassar muitas das barreiras existentes, inclusivamente económicas, para uma maior aposta e adesão à formação em serviço e desenvolvimento profissional contínuo. A base para a elaboração de um Guia de Boas Práticas para Formação em Trabalho em Equipa foi conseguida, mas será necessário observar variáveis que não foram exploradas neste documento, mas esse objectivo também foi cumprido ao obter dados de realidades portuguesas e recentes.

Que a formação seja em equipa.

5. BIBLIOGRAFIA

- AARNIO, M. *et al* (2010). Motivating medical students to learn teamwork skills. **Medical Teacher**. N.º 32, p. 199-204.
- ALARCÃO, Isabel [et al] (1996) – **Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-37421-X.
- AMERICAN COLLEGE of SURGEONS COMMITTEE on TRAUMA (2008). **Advanced Trauma Life Support Student Course Manual**. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.
- ANDERSON, E. & THORPE, L. (2010). Learning together in practice: an interprofessional education programme to appreciate teamwork. **The Clinical Teacher**; n.º 7, 19 – 25
- ASSEMBLEIA do COLÉGIO da ESPECIALIDADE de ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (2011). **Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Ordem dos Enfermeiros.
- BATOROWICZ, B., & SHEPHERD, T. (2008). Measuring the quality of transdisciplinary teams. **Journal of Interprofessional Care**, 22(6), 612-620. Retrieved from EBSCOhost.
- BENNER, P.(2001). **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001. ISBN: 972-8535-97-X.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1999). **Investigação qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1999, p. 134-139

BRADLEY, P., COOPER, S., & DUNCAN, F. (2009). A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. **Medical Education**, 43(9), 912-922. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03432.x

BRIDGES, D. *et al* (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. **Medical Education Online**, 16, 6035. Doi: 10.3402/meo.v16i0.6035

CARLSON, J., MIN, E., & BRIDGES, D. (2009). The impact of leadership and team behavior on standard of care delivered during human patient simulation: a pilot study for undergraduate medical students. **Teaching & Learning in Medicine**, 21(1), 24-32. doi:10.1080/10401330802573910

CONSELHO INTERNACIONAL de ENFERMEIROS (2011). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2**. Ordem dos Enfermeiros.

COSTER, S. *et al* (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: A longitudinal questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, n.º 45, 1667–1681

COX, K. B. (2004). The Intragroup Conflict Scale: Development and Psychometric Properties. **Journal of Nursing Measurement**, Vol. 12, N.º 2, p. 133-146.

Decreto-lei N.º111/2009. D.R. 1ª Série – N.º 180 – 16 de Fevereiro de 2009, 6547-6549.

Decreto-lei. D.R. 2ª Série – N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011 8648-8653.

Decreto-lei. D.R. 2ª Série – N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011 8656-8657.

DIRECÇÃO GERAL de SAÚDE (2010). **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO.

FRENK, J., *et al* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, Vol. 376, 1923-1958

GONÇALVES, A. (2003) – **Das Indefinições da Profissão Enfermagem às Indefinições da Formação em Serviço: estudo de caso em contexto hospitalar**. Porto: Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de mestrado.

HAMMICK, M., *et al* (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide n.º 9. **Medical Teacher**, 29, 735-751

HENDERSON, V. (2004). **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Lisboa. Lusodidacta, 2007. ISBN: 978-989-8075-00-0.

INSTITUTO NACIONAL de EMERGÊNCIA MÉDICA (2011). **Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).

JASPER, M. (2003) – **Beginning Reflective Practice**. Reino Unido: Nelson Thornes, Ltd. ISBN 0 7487 7117 4

KAISSI, A., JOHNSON, T., & KIRSCHBAUM, M. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. **Nursing Economics**, 21(5), 211-218. Retrieved from EBSCOhost.

KENASZCHUK, C., MACMILLAN, K., van SOEREN, M., & REEVES, S. (2011). Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. **BMC Medicine**, 929. Retrieved from EBSCOhost

KULIUKAS, L., KING, S. & FORD, J. (2009). Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience. **The Clinical Teacher**, n.º 6, 272-276

LARKIN, C., & CALLAGHAN, P. (2005). Professional's perceptions of interprofessional working in community mental health teams. **Journal of Interprofessional Care**, 19(4), 338-346. Retrieved from EBSCOhost.

Lei N.º 47/90. D.R. 1ª Série – N.º 195 – 24 de Agosto de 1990, 3452-3459

LODKE, M. & MARLI, A. (1986). **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. S. Paulo, EPU, 1986, p. 25-33

MUSSON, D., HELMREICH, R. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. **Harvard Health Policy Review**, Vol. 5, N.º 1, 25-35

NOLAN, J.P. *et al* (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. **Elsevier Resuscitation** n.º 81, p. 1219-1276.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). **Transporte de Doentes Críticos -Recomendações**. CELOM. Lisboa

PINTO, P. R. (2011). “**Comunicação Eficaz**”. Caderno de Apoio ao Workshop. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).

PONZER, S., HYLIN, U., KUSOFFSKY, A., LAUFFS, M., LONKA, K., MATTIASSON, A., & NORDSTROM, G. (2004). Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. **Medical Education**, 38(7), 727-736. Retrieved from EBSCOhost.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). (*Regulamento n.º124/2011, Diário da República, 2ª série, 18 de Fevereiro*).

Regulamento N.º 14/2009. D.R. 2.ª série – N.º 8 – 13 de Janeiro de 2009, 1355-1369.

RUSSELL, L., NYHOF-YOUNG, J., ABOSH, B., & ROBINSON, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. **Journal of Interprofessional Care**, 20(1), 29-39. Retrieved from EBSCOhost.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. **Referência**. Nº 11. (Março de 2004). Págs. 59-62.

SILVA, R.F.; SÁ-CHAVES, I. Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.721-34, out./dez. 2008.

SOCIEDADE PORTUGUESA de CUIDADOS INTENSIVOS (2008). **Transportes de Doentes Críticos – Recomendações**. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)

SOCIETY of TRAUMA NURSES (2008). **Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual**. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).

SOVERAL, M. (1996). **O sujeito em formação - desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da - relação pedagógica**. Lisboa, UNL. Tese de Mestrado. On-line - http://run.unl.pt/bitstream/10362/284/1/soveral_1996.pdf (acedido em 20/12/2011, 12h34m)

STONE, J. (2010). Moving interprofessional learning forward through formal assessment. **Medical Education**, 44, 396-403

THOMPSON, S., & TILDEN, V. (2009). Embracing quality and safety education for the 21st century: building interprofessional education. **The Journal Of Nursing Education**, 48(12), 698-701. Doi: 10.3928/01484834-20091113-13

TRUPPEL, T. C., MEIER, M. J., CALIXTO, R. C., PERUZZO, S. A., & CROZETA, K. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 221-227.

UNIDADE CURRICULAR ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS E URGÊNCIA (Apresentação em Power Point – **Trabalho em Equipa**). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.

UNIDADE CURRICULAR SUPERVISÃO CLÍNICA (Apresentação em Power Point – **A Supervisão Clínica em Enfermagem: conceitos e elementos Centrais**). Professora Maria Helena Silva. ESEL, 2011.

UNIDADE CURRICULAR SUPERVISÃO CLÍNICA (Apresentação em Power Point – **Capacidade reflexiva e desenvolvimento pessoal/profissional em enfermagem**). Patrícia Alves. ESEL, 2011.

WRIGHT, M., *et al* (2009). Assessing teamwork in medical education and practice: relating behavioural teamwork ratings and clinical performance. **Medical Teacher**, 31(1), 30-38. Retrieved from EBSCOhost.

APÊNDICES

Apêndice 1

Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades

	1º semana	2º semana	3º semana	4º semana
Mai-11	Desenho de Projecto			
Jun-11	Reflexão Crítica em Contexto de Cuidados			
	Pesquisa Bibliográfica			
Jul-11	Pesquisa Bibliográfica			
	Elaboração de Instrumentos de Recolha de Dados			
	Teste de Grelha de Observação no SU H. Distrital			
	Entrevista a Perito			
	Elaboração do Projecto			
Ago-11	Aplicação de Questionário no SU do H. Distrital			
Set-11	Entrevista a Perito			
	Reformulação do Projecto (Eventual)			
Out-11	Prestação de Cuidados no SU H. Universitário			
	Tratamento de dados SU H. Distrital			
	Desenvolvimento de Competências			
	Aplicação de Questionário no SU do H. Universitário			
	Aplicação de Grelha de Observação no SU H. Universitário			
Nov-11	Prestação de Cuidados no SU H. Universitário			
	Prestação de Cuidados no SU H. Central			
	Desenvolvimento de Competências			
	Tratamento de dados SU H. Universitário			
	Aplicação de Questionário no SU do H. Central/Levantamento de Necessidades			
	Aplicação de Grelha de Observação no SU H. Central			
	Sensibilização para importância do trabalho em equipa			
Dez-11	Prestação de Cuidados no SU H. Central			
	Desenvolvimento de Competências			
	Tratamento de dados SU H. Central			
	Planeamento e divulgação de Acções de Formação 2ª necessidades			
	Sensibilização para importância do trabalho em equipa			
Jan-12	Prestação de Cuidados no SU H. Central			
	Desenvolvimento de Competências			
	Acções de Formação Interdisciplinar 2º levantamento de Necessidades			
Fev-12	Prestação de Cuidados no SU H. Central			
	Desenvolvimento de Competências			
	Aplicação de Grelha de Observação no SU H. Central			
	Tratamento de Dados Final			
Mar-12	Entrega de Relatório			

Apêndice 2

Reflexão Sobre Trabalho em Equipe

SUMÁRIO

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	3
1. TRABALHO EM EQUIPA	5
1.1. Liderança	5
1.2. Conhecimento Mútuo	6
1.3. Colaboração e Confiança	7
1.4. Comunicação	7
1.5. Corpo de Conhecimentos	8
1.6. Conflitos	9
1.7. Filosofia Profissional	9
2. CONCLUSÃO	11
3. BIBLIOGRAFIA	13

0. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica prevê a realização de um Ensino Clínico no seu último semestre, cuja finalidade será a aquisição de competências, pela prática, na referida área de especialização. Uma das formas propostas de registo e avaliação do Ensino Clínico é a implementação de um projecto inovador, e respectivo relatório. Dentro da temática escolhida para o Projecto, foi pedido um trabalho de observação em contexto de cuidados para reflexão crítica posterior, que no caso decorreu em 3 turnos no Serviço de Urgência onde trabalho. Este documento pretende ser o concretizar dessa reflexão.

O tema que escolhi para o projecto foi a formação interdisciplinar e o trabalho em equipa na abordagem do doente crítico. O foco desta reflexão será o trabalho em equipa, uma vez que a formação interdisciplinar, além de não se praticar no Serviço de Urgência onde exerço a minha actividade profissional, exerceria, por calendarização, condicionantes que não poderiam ser contornadas. Tem havido um reconhecimento que mesmo os que finalizam o 3º Ciclo de Formação, com as competências necessárias adquiridas para a sua profissão, não estão preparados para o exercício de funções a não ser que desenvolvam competências de colaboração interpessoal e de trabalho em equipa (Stone 2010, p. 396). Estas competências, que a formação interdisciplinar procura substanciar, mostraram-se capazes de melhorar os cuidados de saúde no que diz respeito à segurança do doente, satisfação dos profissionais e eficiência do serviço (Stone 2010, p. 396).

Frenk *et al* (2010, p.1951) referem que, além de competências técnicas, a formação interprofissional deve ser focada em promover transversalmente competências analíticas para tomada de decisão, competências de liderança e de gestão e de comunicação. Um certo grau de hierarquia é intrínseco em qualquer equipa que seja eficiente, terá sempre de existir um elemento de liderança, mas se o núcleo de conhecimentos for partilhado, a comunicação for efectiva e o papel que cada um desempenha for bem definido as acções decorrerão coordenadas.

Sendo o conhecimento uma competência das equipas, também é verdade que os elementos de equipas que funcionam bem partilham modelos mentais (de trabalho) (Salas *et al* 1993, em APP, Prof. Rosado Pinto, 2011, ESEL). Esses modelos mentais

devem prender-se com o conhecimento de *guidelines* mas também com os conceitos de inerentes ao trabalho de equipa.

A equipa de Enfermagem, e por inerência, todos os seus elementos, fazem parte de uma equipa de cuidados multidisciplinar que se pretende que funcione como tal. A Enfermagem reconhece a importância do trabalho em equipa sendo exemplo disso a afirmação de Benner (2001, p. 177) “Trabalhar em equipa é crucial, tanto para prestar ao doente cuidados eficazes, como para manter a moral da equipa de saúde. As divergências de opinião são inevitáveis e necessárias para que o tratamento seja eficaz. Quando as divergências provocam fissuras no seio da equipa, é necessário tudo fazer para a consolidar novamente.”.

Os objectivos deste trabalho serão:

- Elaborar um documento previsto para avaliação da Unidade Curricular Ensino Clínico do referido Mestrado em Enfermagem;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na investigação até agora efectuada sobre o tema “Trabalho em Equipa”;
- Consolidar competências de reflexão;
- Identificar algumas das situações vivenciadas no serviço de urgência, sob o ponto de vista do doente, da família e da equipa de saúde, e em particular, dos enfermeiros;
- Analisar as especificidades da intervenção de enfermagem a doentes críticos, em ambiente hospitalar.

A observação foi centrada na dinâmica da equipa multidisciplinar, em especial médica e de enfermagem, na abordagem inicial de doentes críticos, ou potencialmente críticos, até ser determinada a sua estabilização.

1. TRABALHO EM EQUIPA

O trabalho em equipa poderá ser encarado como algo complexo. Complexidade essa que é exponenciada pelo número de intervenientes, a uniformidade dos seus conhecimentos, as relações hierárquicas formais ou informais, as características da situação e a complexidade do ambiente. Estas são noções que adquiri ao longo da minha prática e que serviram de base inicial da minha observação. São no entanto variáveis sobre as quais não existirá possibilidade de demarcação pois são inerentes a um ambiente de prestação de cuidados de saúde complexo, como a Urgência, e na presença de um doente crítico ou potencialmente crítico.

Ao longo da observação, e mobilizando os conhecimentos adquiridos da bibliografia consultada e das sessões lectivas do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, fui-me focando em outras variáveis sobre as quais se pode intervir e que são analisadas nos subcapítulos seguintes.

1.1. Liderança

Nas sessões lectivas da Prof. Patrícia Rosado Pinto ficou patente que o trabalho em equipa é um processo dinâmico que mobiliza os seus membros para um objectivo comum. Esse processo integra várias acções de cuja coordenação dependem muitas vezes o sucesso ou insucesso ou a qualidade do resultado. Estes conceitos implicam que deverá existir um elemento que coordene essas acções funcionando como líder e fazendo recair sobre ele a maioria das decisões terapêuticas.

Pude constatar que, na maioria das situações, um dos médicos presentes assumia o papel de liderança formal apoiado na sua exclusividade na prescrição medicamentosa e no pedido de exames complementares de diagnóstico. Informalmente essa liderança por vezes era transformada num papel de validação de prescrições, uma vez que a equipa assumia naturalmente outro profissional como *team leader*. Nessas situações o enfermeiro considerado mais diferenciado assumia o papel de coordenador dos cuidados. Este papel é assumido como parte das competências de enfermagem por Benner (2001, p. 135) que refere que numa situação de urgência o enfermeiro actua como um generalista coordenando as funções de especialistas e que em situações que exijam acções rápidas o doente será beneficiado se estiver um

enfermeiro experiente presente para coordenar as operações, evitando erros e acções inúteis.

1.2. Conhecimento Mútuo

A escolha informal do líder revelou ter por base um reconhecimento, por parte de todos, das capacidades e conhecimentos técnicos desse profissional, cimentado por situações anteriores conjuntas. Este tipo de escolha revelou ter maior aceitação e poder do que a escolha formal com base em diferenciação hierárquica, teórica ou funcional.

A premissa anterior revela que a escolha do *team leader* efectivo da equipa era assente num conhecimento mútuo anterior àquela determinada situação.

Numa outra perspectiva, o conhecimento mútuo revelou-se importante nos automatismos incorporados pela equipa. Elementos que se conheciam bem revelaram melhor organização, maior rapidez nas acções e menores conflitos quando comparado com situações em que esse conhecimento era menor. Este facto foi referido como estando ligado ao cada um ter apreendido qual o lugar a ocupar em determinadas situações de emergência e o que era esperado de si pelos outros em situações anteriormente vivenciadas em conjunto e várias vezes.

Por último, o conhecimento mútuo revelou uma vertente de socialização na medida em que as características de personalidade e de reacção ao stresse de cada elemento, quando conhecidas, influenciavam e eram tidas em conta na coordenação da equipa e na relação entre elementos, evitando conflitos e melhorando a dinâmica, indo ao encontro de Benner (2001, p. 186) que afirma “As competências associadas à construção da equipa requerem uma integração social antes que o novo profissional possa efectivamente ser competente fazendo parte e integrar realmente a equipa terapêutica”.

A importância da manutenção de equipas estáveis no Serviço de urgência e justificada também no aspecto referido neste capítulo.

1.3. Colaboração e Confiança

Benner (2001, p. 224) refere que “As enfermeiras trabalharam bastante estes últimos anos para melhorar o seu estatuto em relação ao dos médicos. A ideia que se faz das enfermeiras, do seu trabalho, é fortemente influenciada pelas relações que estabelecem com os médicos. Os médicos, assim como as enfermeiras, devem trabalhar no desenvolvimento de relações onde a colaboração tem uma parte importante...”. Como foi dito nos capítulos anteriores, uma equipa deve ter os seus elementos a concorrerem para um objectivo em comum que no caso será salvar vidas prestando cuidados de saúde de qualidade. Esta concorrência para um objectivo comum exige que os elementos colaborem entre si nesse sentido, de modo a que a soma final dos seus esforços seja maior que a soma dos seus esforços individuais. Se a colaboração não existir eventualmente surgem acções que bloqueiam as de outrem com prejuízo para o doente.

O clima colaborativo pareceu ter por base relações e ideias de confiança. A confiança dos elementos da equipa em cada um dos outros foi referida como essencial para o bom funcionamento do conjunto e para as relações de colaboração efectiva. Confiança necessariamente extensível ao e do *team leader* e baseada em conhecimento mútuo.

1.4. Comunicação

A comunicação pareceu ser uma ferramenta essencial para se trabalhar em equipa. A forma como os elementos transmitiram as suas ideias e acções, verbalmente e não verbalmente, revelou-se importante no decorrer dos processos de cuidados. Afectou o clima de colaboração e a eficácia da coordenação. A clareza, oportunidade, simplicidade e adequação dos conteúdos comunicados foram referidos como facilitadores e atenuantes de stresse, sendo o contrário também proporcional. Referência ainda para a necessidade de alguma cordialidade e contenção de tom de voz como facilitadores.

Num ambiente algumas vezes “caótico” e com elevadas cargas de stresse a comunicação muitas vezes surgiu dificultada e representou um desafio a contornar, mas produzindo inflexões importantes no processo assim que conseguida e mantida. A

comunicação efectiva implica também que os diversos elementos exponham, não só os cuidados efectuados, como também as suas percepções acerca do processo. O surgimento de novos pontos de vista pode acrescentar positivamente a eficácia dos cuidados e realçar novas possibilidades terapêuticas (Benner, 2001, p. 177). Foi notória a importância da comunicação entre todos os elementos da equipa e sobretudo entre o *team leader* e os restantes, mas mais frutífera quando bilateral entre equipa e líder.

1.5. Corpo de Conhecimentos

O conhecimento mútuo revelou-se a base da confiança entre os elementos da equipa e a base desta confiança revelou-se o corpo de conhecimentos que cada elemento possuía. Esta ideia pode ser dividida em duas perspectivas diferentes mas complementares.

O corpo de conhecimentos comuns aos elementos pareceu ser uma ponte importante para a confiança estabelecida e para a facilitação da comunicação. Os actos mais qualificados são desenvolvidos em situações onde seja desenvolvida e promovida uma linguagem comum entre colegas clínicos (Benner, 2001, p. 205). Cada elemento assumia posições automaticamente e a sequência de acções mostrou-se mais fluida uma vez que todos sabiam qual a ordem e a acção seguinte esperada. Por outro lado o trabalho de coordenação do *team leader* revelou-se mais facilitado e mais eficaz uma vez que aumentava o tempo disponível para pensar e planear acções, bem como para identificar e avaliar alterações no estado do doente. Numa última perspectiva, facilitava a comunicação uma vez que menos verbalizações e explicações eram necessárias pois a linguagem era comum e interiorizada.

O corpo de conhecimentos individual de cada elemento, reconhecido pelos outros, funcionava como factor de escolha na distribuição de tarefas. Os elementos com menor conhecimento ou experiência, talvez de forma subconsciente, posicionavam-se para acções menos complexas e o mesmo em sentido contrário, inclusivamente revelou-se factor de escolha de quem liderava a equipa. O corpo de conhecimentos individual pareceu funcionar como factor hierarquizante das posições dos elementos na equipa e desta forma ser parte fundamental na credibilidade que a cada um é atribuída. Este facto revelou-se essencial para que por vezes fosse um enfermeiro a liderar a equipa, uma vez que era essa credibilidade o factor que levava os médicos a aceitar essa

liderança. Esta credibilidade é referida por Benner (2001, p. 192) quando diz que as enfermeiras falam da importância da credibilidade junto dos médicos para que sejam levadas a sério quando antecipam um problema mesmo que só existam sinais subtis.

1.6. Conflitos

Os conflitos fazem parte integrante da dinâmica de qualquer grupo. Será praticamente impossível duas ou mais pessoas pensarem e perspectivarem tudo de forma exactamente igual pelo que surgirão pontos de discordância. Essas discordâncias poderão ser resolvidas no imediato ou não mas implicam sempre um conflito que da mesma forma pode ser resolvido no imediato ou não. As situações de cuidados em saúde não são excepção e opiniões diferentes podem levar a conflitos, muito mais num ambiente de emergência com toda a sua carga emocional e complexidade. Felizmente, a maioria das vezes, esses conflitos são de curta duração e resolvidos consensualmente. Por vezes os conflitos são resolvidos no imediato por poder hierárquico ou de atribuição formal de função e esses são mais problemáticos.

Os principais motivos de conflito que observei prenderam-se essencialmente a 3 causas: discórdia na abordagem, discórdia na sequência de prioridades e discórdia no tratamento. Uma quarta causa pôde ser observada que foi a não compreensão da complexidade e consumo de tempo de algumas acções. Gostaria de realçar a importância do *team leader* na gestão desses conflitos, uma vez que, quando era aceite nessa função pela equipa, a sua opinião tinha facilidade em ser respeitada, quando era imposta a sua liderança, além de algumas vezes ser a causa do conflito, a sua opinião na mediação não tinha grande peso.

1.7. Filosofia Profissional

Todos os grupos profissionais que constituem uma equipa multidisciplinar têm uma espécie de filosofia profissional intrínseca e normalizada ao longo dos tempos de evolução das profissões. O mesmo acontece com os médicos e enfermeiros. Ao longo da história a enfermagem sempre assumiu a importância da equipa enquanto a medicina desenvolveu uma noção mais individualista apoiada no princípio da responsabilidade individual da prescrição. Por outro lado, a crescente validação da

importância dos conhecimentos da Enfermagem e a sua autonomização geraram modificações nos papéis esperados entre médicos e enfermeiros e na representação das respectivas profissões. Estes factores geram posições de algum conflito quando se pretende trabalhar em equipa. As interacções problemáticas entre médico e enfermeiro estão muitas vezes sub-representadas (Benner, 2001, p. 24).

Pude observar que existem médicos e enfermeiros que trabalham em equipa em situações complexas como a abordagem de doentes críticos sem que haja necessariamente conflito, em que cada um reconhece o seu papel e o dos outros sem hierarquias funcionais, apenas com base nos conhecimentos específicos para cada situação e nas capacidades pessoais e profissionais de cada elemento, respeitando-se sempre as especificidades e poder decisório de cada profissão. Infelizmente exemplos contrários também surgiram em que a relação de poder era estabelecida pelo poder de prescrição terapêutico e de auxiliares de diagnóstico sem que conhecimento e reconhecimento de prioridades fossem demonstrados. Neste aspecto a filosofia, com excepções, entre as especialidades de Medicina Interna e Cirurgia Geral pareceram bem diferentes.

2. CONCLUSÃO

Benner (2001, p. 169) afirma que “Quando existe uma boa comunicação entre os médicos e as enfermeiras e prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia.”. Este pressuposto encontra-se nas nossas mãos, nas mãos de todos os que pertencem a uma equipa multidisciplinar de cuidados de saúde, que se conseguir este clima nas situações mais complexas (emergências), mais facilmente o pode conseguir em todas as outras. Trabalhar em equipa pressupõe a aquisição de competências que podem e devem ser treinadas. E neste aspecto a formação médica e de enfermagem podem acrescentar algo aos seus currículos formativos, mas também se pode usar a formação em serviço para este fim.

Por outro lado, se concordarmos com Benner (2001, p. 201) e considerarmos que “Hoje a enfermeira é um profissional clínico – um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer desenvolvimento contínuo e a longo prazo.”, podemos perceber que temos responsabilidade em adquirirmos competências de trabalho em equipa da mesma forma e com a mesma importância com que devemos procurar as actualizações científicas que permitam manter um corpo de conhecimentos válidos e reconhecidos, e de preferência comuns.

Em última análise também pude constatar que em alguns casos, e salvaguardando funções profissionais exclusivas, os conhecimentos, as capacidades técnicas e capacidades de liderança são considerados como transversais às profissões e os elementos de uma equipa aceitam-nos como base da sua hierarquização, em detrimento de meros conteúdos funcionais ou representações sociais e históricas.

Lewis Thomas (1983) descreveu o enfermeiro como o cimento que sustenta o sistema de cuidados hospitalares, que vigia e assegura a qualidade de cuidados e que organizar e distribuir tarefas compõem esse cimento invisível (Benner, 2001, p. 194). Não querendo discordar, assumo opinião um pouco diferente, ao considerar que esse cimento invisível e essa garantia de qualidade de cuidados devem ser constituídos e apoiados por uma filosofia de trabalho em equipa, em que todas as equipas profissionais e cada um dos seus elementos fossem responsáveis equitativamente pela coesão desse cimento. Uma responsabilidade partilhada, que em situações críticas, é predominantemente de médicos e enfermeiros, colocados e assumidos como

igualmente importantes, igualmente responsáveis e igualmente qualificados nas suas áreas específicas e que igualmente competentes nas áreas que se entrecruzam.

3. BIBLIOGRAFIA

Hammick, M., *et al* (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide n.º 9. *Medical Teacher*, 29, 735-751

Stone, J. (2010). Moving interprofessional learning forward through formal assessment. *Medical Education*, 44, 396-403

Frenk, J., *et al* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Vol. 376, 1923-1958

Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.

Benner, P.(2001). De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001. ISBN: 972-8535-97-X.

Decreto-lei. D.R. 2ª Série – N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011 8648-8653.

Decreto-lei. D.R. 2ª Série – N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011 8656-8657.

Musson, D., Helmreich, R. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. *Harvard Health Policy Review*, Vol. 5, N.º 1, 25-35

Gonçalves, A. (2003) – Das Indefinições da Profissão Enfermagem às Indefinições da Formação em Serviço: estudo de caso em contexto hospitalar. Porto: Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de mestrado.

Coster, S. *et al* (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, n.º 45, p. 1667-1681.

Wright, M. C., *et al* (2009). Assessing teamwork in medical education and practice: Relating behavioral teamwork ratings and clinical performance. *Medical Teacher*, n.º 39, p. 30-38.

Carlson, J., Min, E. & Bridges, D. (2009). The Impact of Leadership and Team Behavior on Standard of Care Delivered During Human Patient Simulation: A Pilot Study for Undergraduate Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*. Vol. 1, n.º 21, p. 24-32.

Cox, K. B. (2004). The Intragroup Conflict Scale: Development and Psychometric Properties. *Journal of Nursing Measurement*, Vol. 12, N.º 2, p. 133-146.

Aarnio, M. *et al* (2010). Motivating medical students to learn teamwork skills. *Medical Teacher*. N.º 32, p. 199-204.

Apêndice 3

Versão Inicial de Questionário

Caro(a) colega,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica solicito a sua colaboração num projecto sobre “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”.

Os questionários são anónimos e **todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais**. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes. Os dados recolhidos são para uso estrito do presente trabalho.

O questionário consiste em várias afirmações/questões gerais sobre trabalho em equipa e formação pelo que ssinale com uma cruz (**X**) **ou círculo** a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das questões. Nas questões abertas seja o mais conciso possível.

Para o correcto preenchimento do questionário é importante encontrar previamente um ambiente sereno sem interrupções onde possa **ler com atenção as questões**. Tente responder o mais aproximadamente possível da sua prática profissional, pois **não existem respostas certas ou erradas**.

Não esquecer de **responder a todas as questões** para os dados serem válidos. **A sua colaboração é fundamental**.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira

(pedrooliveira@campus.esel.pt)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo e publicação profissional.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Rubrica (*por favor não indicar o nome ou outro dado que permita sua identificação*): _____

Data: ____ / ____ / 2011

DADOS BIOGRÁFICOS

1 - Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2 - Idade (anos): _____

3 - Profissão: ☐ Enfermeiro

Especialidade: ☐ Sim Qual? _____

☐ Não

☐ Médico

Especialidade: _____

4 - Experiência em Urgência (anos): _____

EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO:

5 - Possui formação em SAV (Suporte Avançado de Vida)? ☐ Sim ☐ Não

5.1 - Se sim, quando frequentou o último curso (anos)? _____

6 - Possui formação em Trauma? ☐ Sim ☐ Não

6.1 - Se sim, quando frequentou o último curso (anos)? _____

7 – Possui formação em outra área que considere importante na abordagem do Doente Crítico? (ex. – Electrocardiografia, abordagem avançada da via aérea)

☐ Sim Qual(is)? _____

☐ Não

8 - Em que medida considera a formação em serviço importante no Serviço de Urgência?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

9 – Está familiarizado com o conceito de “Formação Interdisciplinar”? ☐ Sim ☐ Não

9.1 – Se respondeu sim:

9.1.1 – Descreva-o sucintamente: _____

9.1.2 – Considera-o aplicável no Serviço de Urgência? : ☐ Sim ☐ Não

9.1.3 – Quais os 3 principais temas que poderiam ser abordados em contexto de formação interdisciplinar:

EM RELAÇÃO AO TRABALHO EM EQUIPA

(considere relativamente a médicos e enfermeiros)

10 – Como classificaria a importância do trabalho em equipa no Serviço de Urgência na abordagem do Doente Crítico?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

11 – Como classificaria a importância da existência de um efectivo trabalho em equipa no Serviço de Urgência?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

12 – Considere 3 causas que afectem negativamente um efectivo trabalho em equipa no Serviço de Urgência:

13 – Considere 3 factores que possam afectar positivamente um efectivo trabalho em equipa no Serviço de Urgência:

14 - Como classificaria a importância de existir confiança entre a equipa de enfermagem e a equipa médica?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

15 – Como classificaria a importância da tolerância na expressão de pontos de vista discordantes?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

16 – Como classificaria a importância de uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

17 – Como classificaria a importância da existência e definição de um “Team Leader” na abordagem de um doente crítico?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

18 – Quem deveria ser o “Team Leader” na abordagem do doente crítico? (salvaguardando a exclusividade médica na prescrição e diagnóstico e por isso na validação destes itens)

18.1 – Justifique. _____

19 – Considera que a formação em trabalho em equipa deveria ser frequentada:

- ☐ Só por médicos
- ☐ Só por enfermeiros
- ☐ Por médicos e enfermeiros em separado
- ☐ Por médicos e enfermeiros em conjunto

Muito obrigado pelo tempo disponibilizado

Pedro Oliveira

Apêndice 4

*Grelha de Caracterização de Trabalho
em Equipa*

Grelha de Caracterização do Trabalho em Equipa

Hospital e Serviço - _____

Data: ____/____/____ Grelha n.º: ____

Sector: _____

Identificação			Team Leader			Assertividade			Comunicação entre Elementos					
Identificado como Crítico por?	Bombeiros		Houve definição?	Sim	Formal		Tom de voz adequado?	Sim		Das acções assim que concluídas.	Sim			
	CODU				Informal			Não			Não			
	Enf. Triagem				Médico		Discurso adequado?	Sim		Ocasional				
	Méd. Triagem				Enfermeiro			Não						
	Enf. Sector		Não			Gestão de espaço adequada?	Sim		Uso de terminologia científica?	Sim				
	Méd. Sector						Sim			Não		Não		
Inf. antecedeu chegada?	Sim		Distribuiu tarefas?	Sim			Opiniões divergentes ponderadas e utilizadas?	Sim		Concisa e sem pormenores desnecessários?	Sim			
	Não							Não			Não		Não	
Briefing?	Sim		Definiu Prioridades?	Sim			Processo de tomada de decisão consensual?	Sim		Ocasional				
	Não							Não			Não			
Especialidade:			Definiu Objectivos?	Sim						Acrónimos e abreviaturas?	Sim			
Critério Gravidade:											Não		Não		Ocasional
1ª Avaliação por?	Médico		Seguiu guidelines?	Sim						Acrescento de informação importante que não solicitada?	Sim			
	Enfermeiro										Não		Não	
	Em conjunto										Não		Aplicável		Ocasional
Notas:			Notas:			Notas:			Defriefing?					
Elementos trabalham juntos há quanto tempo? (na sua maioria)														
<1 ano		> 1 ano <2 anos		> 2 anos <5 anos		≥ 5 anos								

Adaptação livre de M. C. Wright et al (2009)

Apêndice 5

Critérios de Preenchimento da Grelha

Critérios de Preenchimento da Grelha

(para situações dúbias)

Identificação:

Identificado como crítico por? – 1ª pessoa ou entidade que, por alguma razão e numa avaliação sumaríssima, considerou que o doente estava em possível situação crítica ou em risco de vida.

Informação antecedeu a chegada? – Se a informação da chegada do doente foi comunicada ao SU antes da chegada do mesmo.

Especialidade – para que especialidade médica foi encaminhado.

Critério de gravidade – Sintoma ou sinal que foi considerado associado à identificação do doente como crítico.

Assertividade:

Opiniões divergentes ponderadas e utilizadas? – Se existiram ou não opiniões divergentes às do grupo ou *team leader* e se as mesmas foram ouvidas e consideradas pelo grupo e *team leader*.

Comunicação:

Das acções assim que concluídas? – Se conforme as acções ou cuidados estejam concluídos, se o elemento que os conclui informa a equipa desse facto.

Acrescento de informação importante não solicitada – se os elementos do grupo fornecem informação das suas observações sem que tenha sido pedida por outros ou pelo *team leader*.

Apêndice 6

Grelhas de Campos de Estágio

Contexto - Urgência Geral do Hospital Distrital			
Objectivos	Actividades	Indicadores de avaliação	Competências
Observação e reflexão crítica da dinâmica de equipa dos médicos e enfermeiros;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre Trabalho em Equipa; - Colaboração com a equipa na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e acompanhamento familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir conjugar as posições de observador e participante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; - Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área do doente crítico; - Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar; <p>Elaborar projectos de investigação coerentes;</p>
Caracterizar o trabalho em equipa dos profissionais médicos e de enfermagem do serviço de Urgência;	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de uma grelha de observação e caracterização do trabalho em equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preencher aproximadamente 10 grelhas sem incongruências ou dificuldades. 	
Elaborar um documento de reflexão crítica que permita a avaliação da UC Ensino Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de documento escrito reflexivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nota atribuída positiva 	
Descrever a percepção da importância do trabalho em equipa e da formação dos médicos e enfermeiros do serviço de Urgência;	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um questionário sobre a importância do trabalho em equipa e da formação e do tipo de formação em emergência possuído e levantamento de necessidades de formação em trabalho de equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> 50% de questionários entregues respondidos; 	

Contexto - Urgência Geral do Hospital Universitário			
Objectivos	Actividades	Indicadores de avaliação	Competências a desenvolver
Desenvolver e elaborar uma reflexão crítica da dinâmica de equipa entre médicos e enfermeiros;	<ul style="list-style-type: none"> - Rever pesquisa bibliográfica sobre formação interdisciplinar e trabalho em equipa. - Elaboração de jornal de aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir conjugar posições de observador e participante conforme definição na pág. 17; - Registos no jornal de aprendizagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver e reforçar as minhas competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados a Pessoas em Situação Crítica ou falência multi-orgânica; -- Demonstrar e partilhar conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, trabalho em equipa e gestão e liderança de equipas; - Consolidar capacidades e conhecimentos de gestão dos cuidados para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional - Trabalho em Equipa; -- Atingir e demonstrar nível aprofundado de conhecimento na área específica de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica e de trabalho em equipa; - Otimizar a abordagem de questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador;
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco no serviço de Urgência;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre situações de emergência; - Colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e acompanhamento familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de forma autónoma; - Nota atribuída positiva; 	
Caracterizar a formação e o trabalho em equipa entre os profissionais médicos e de enfermagem do serviço de Urgência, assim como as suas percepções sobre esses temas;	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de uma grelha de observação e caracterização do trabalho em equipa. - Elaboração de jornal de aprendizagem; - Aplicação de um questionário sobre o trabalho em equipa, a formação interdisciplinar e o tipo de formação em emergência possuído e levantamento de necessidades de formação em trabalho de equipa; - Consulta do plano de formação anual; 	<ul style="list-style-type: none"> - Preencher 7 grelhas sem incongruências ou dificuldades; - Registos no jornal de aprendizagem; - 50% de questionários entregues respondidos; 	

Contexto - Urgência Geral do Hospital Central			
Objectivos	Actividades	Indicadores de avaliação	Competências
Desenvolver e elaborar uma reflexão crítica da dinâmica de equipa entre médicos e enfermeiros;	<ul style="list-style-type: none"> - Rever pesquisa bibliográfica sobre formação interdisciplinar e trabalho em equipa. - Elaboração do Jornal de Aprendizagem - Observação naturalista 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir conjugar posições de observador e participante conforme definição na pág. 17; - Registos no jornal de aprendizagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver e reforçar as minhas competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados a Pessoas em Situação Crítica ou falência multiorgânica:
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco no serviço de Urgência;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre situações de emergência; - Colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e acompanhamento familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de forma autónoma; - Nota atribuída positiva; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar capacidades e conhecimentos de gestão dos cuidados para otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; Trabalho em Equipa; - Otimizar a abordagem de questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador;
Caracterizar a formação e o trabalho em equipa entre os profissionais médicos e de enfermagem do serviço de Urgência, assim como as suas percepções sobre esses temas;	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de uma grelha de observação e caracterização do trabalho em equipa. - Elaboração de jornal de aprendizagem; - Aplicação de um questionário sobre o trabalho em equipa, a formação interdisciplinar e o tipo de formação em emergência possuído e levantamento de necessidades de formação em trabalho de equipa; - Consulta do plano de formação anual; 	<ul style="list-style-type: none"> - Preencher 7 grelhas sem incongruências ou dificuldades; - Registos no jornal de aprendizagem (avaliação qualitativa positiva); - 50% de taxa de resposta dos questionário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir e demonstrar nível aprofundado de conhecimento na área específica de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica; - Participar na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente identificando e gerindo as práticas que podem comprometer a segurança do paciente;
Elaborar documento com benefícios/vantagens da formação e do trabalho em equipa.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização dos enfermeiros para a importância da formação e do trabalho em equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de assistência superior a 20%; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro melhorando a gestão de risco;
Desenvolver competências de trabalho em equipa a médicos e enfermeiros do serviço de Urgência;	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento e execução de acções de formação interdisciplinares sobre trabalho em equipa conforme necessidades identificadas pelos profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliações qualitativas positivas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar e partilhar conhecimentos em Suporte Avançado de Vida, trabalho em equipa e gestão e liderança de equipas.

Apêndice 7

*Transcrição e Análise de Entrevista a
Prof. Cândida*

Guião de entrevista semi-estruturada

Prof. Cândida Durão

1. Introdução

1.1. Apresentação

1.2. Pedida pequena nota biográfica.

(focar o tema na abordagem do doente crítico)

2. Trabalho em equipa

- Evolução ao longo do tempo;
- Importância do trabalho em equipa,
- Desenvolvimento de competências de trabalho em equipa,
- Mudanças de filosofia nas instituições.

3. Formação

- Formação em serviço como instrumento;
- Mais-valias da formação interprofissional. Exemplificar com ATLS,
- Obstáculos;
- Ideias para implementação formação interdisciplinar.

Agradecimento e despedida.

Análise SWOT da Entrevista à Enf.^a

Maria Cândida Durão

	Trabalho em Equipa	Formação Interdisciplinar
S <i>(strengths/forças)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Considerado fundamental; ✚ Tem havido melhorias; ✚ É a garantia da qualidade de cuidados; ✚ Proporciona objectivos comuns; ✚ Tema que está “na moda” sendo uma preocupação actual; ✚ Proporciona ganhos evidentes que ninguém nega. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Formação em serviço como opção essencial. Instrumento essencial para reflexão sobre as próprias práticas; ✚ Pode trazer mais-valias; ✚ Aproxima as pessoas; ✚ Proporciona conhecimento comum; ✚ Proporciona conhecimento do que é esperado do outro.
W <i>(weaknesses/fraquezas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depende dos contextos; ❖ Depende da motivação, ❖ Não é abordado da formação base; ❖ Ganhos não são visíveis/quantificáveis no momento; ❖ Muitos obstáculos na operacionalização. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diferentes grupos olham para uma situação de diferente forma; ❖ Necessárias cautelas na abordagem, ❖ Resultados não visíveis no imediato; ❖ Necessário acompanhamento ao longo do tempo;
O <i>(opportunities/oportunidades)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitado em Serviços de Urgência onde existam equipas fixas de médicos; ✓ Área fortemente lacunar em qualquer grupo profissional daí a necessidade de ser trabalhada; ✓ Necessidade sentida por todos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boa adesão dos profissionais a formações interdisciplinares anteriores.
T <i>(threats/obstáculos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não existência de equipas fixas de médicos; ➤ Predominância de visão economicista dos cuidados de saúde; ➤ Pressão institucional para a realização de tarefa; ➤ Competição generalizada entre elementos; ➤ Falta de motivação por se considerar que na sua própria equipa já se trabalha bem. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pode ser considerado economicamente inviável; ➤ A existência de “guerras de poder” instituídas, ➤ Reflexão sobre a prática pouco praticada; ➤ Relações de trabalho turbulentas; ➤ Indefinições e dificuldade na afirmação dos conteúdos profissionais dos enfermeiros; ➤ Problemas educacionais e formativos originando comportamentos incorrectos face aos próprios saberes e ignorâncias.

Entrevista Semi-Estruturada a Perito

Transcrição

Tema: Formação Interdisciplinar e Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico.

Entrevistador: Pedro Oliveira (PO).

Data: 25/7/2011.

Duração: 41m e 27s (10h02m – 10h44m).

Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Polo Artur Ravara.

Entrevistado: Enf.^a Maria Cândida Rama da Costa Pinto Durão (CD).

Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa há 26 anos, actualmente com a categoria de Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso, sendo também Coordenadora do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica e Regente da Disciplina de Cuidados Intensivos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Integra a direcção dos Cursos de ATLS (Advanced Trauma Life Support) e ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses) como Coordenadora Nacional e Directora, respectivamente.

Após apresentação e agradecimento inicia-se a entrevista:

Parte 1 – Trabalho em Equipa

PO – Professora Cândida, em relação ao trabalho de equipa, na sua experiência de formação ao longo destes 26 anos e de acompanhamento, quer de alunos quer na sua área profissional, tem notado alguma evolução do trabalho de equipa ao longo do tempo?

CD – Evolução em que sentido?

PO – Evolução em termos de efectividade desse trabalho de equipa, do aumento de obstáculos...

CD – Acho que isso depende muito do contexto. Depende muito dos contextos, depende do grupo de pessoas em causa. Há sítios, entrando um bocadinho nos contextos de ensino clínico, há contextos de ensino clínico onde se consegue, pondo-me no meu papel de orientadora, onde se consegue fazer um trabalho em equipa, outros em que não, outros em que começa por ser difícil e depois se consegue. Acho que isso depende muito dos contextos, até mesmo intra-institucional, quando nós pensamos no trabalho pedagógico. Depende. Há situações em que sim, que se consegue fazer um bom trabalho em equipa, outros em que não, depende muito dos contextos, do momento, muitas vezes, da motivação das pessoas para esse trabalho. Ao longo do tempo tenho encontrado situações em que de facto o trabalho de equipa é visível e produtivo e outras em que não.

PO – A nível principalmente dos Serviços de Urgência, que é a área em que o projecto se irá mais enquadrar. Considera que nos Serviços de Urgência existe, na generalidade, alguma cultura de trabalho em equipa, principalmente entre médicos e enfermeiros?

CD – Mais uma vez dependendo dos contextos, acho que, se pensasse agora, acho que noto mais trabalho em equipa que há alguns anos atrás.

PO – Considera importante a existência desse trabalho em equipa?

CD – Considero fundamental! Fundamental para uma prestação de qualidade e acho que tem vindo a haver melhorias, principalmente a partir do momento, e nos contextos em que exista equipa fixa de médicos na urgência, que eu acho que era uma lacuna muito grande e que dificultava o estabelecimento e reconhecimento de uma equipa de trabalho, o facto de todos excepto os médicos é que pertenciam de alguma forma à Urgência. Os médicos iam quase, de alguma forma, cumprir uma tarefa daquele dia, e por isso, muitas vezes não existia o estabelecimento de laços fundamentais ao estabelecimento de equipas de trabalho porque funcionava quase como que uma tarefa, “este é o dia em que eu vou fazer esta tarefa”, e portanto era muito difícil. Acho que com o estabelecimento das equipas fixas na Urgência, equipas médicas fixas, esse campo pelo menos tem vindo a ser desbravado e acho que se nota

uma diferença, essa é a minha percepção, nos contextos em que existe uma equipa fixa e naqueles em que não existe.

PO – Além do efectivo aumento da qualidade de cuidados que entende que o trabalho de equipa proporciona, que outras vantagens é que observa?

CD – Esse é o fim último, a garantia de cuidados de qualidade. E depois todos os outros são aspectos que concorrem para ele porque o estabelecimento de uma equipa implica as relações entre os elementos, o estabelecimento de objectivos comuns, todos aqueles aspectos que todos nós sabemos que fazem parte daquilo que é uma equipa que trabalha, que com a flutuação que antigamente existia, era muito difícil de estabelecer. Portanto, tudo aquilo que concorre para a qualidade. A melhoria da qualidade é conseguida através da resposta, se assim se pode dizer, aos requisitos para a construção de uma equipa de trabalho, porque, aquilo que muitas vezes acontecia, e acontece ainda, é que pode estar toda a gente a tentar fazer tão bem quanto possível o seu trabalho, mas são coisas que são muito pontuais e que não contribuem para um objectivo comum sob um ponto de vista efectivo, contribuem sob um ponto de vista conceptual – toda a gente quer fazer muito bem, desempenhar muito bem a sua função e acredita que com isso contribui para a melhoria dos cuidados. Mas a qualidade dos cuidados é conseguida, mais do que por cada um fazer muito bem aquilo que é suposto, por o conjunto das pessoas envolvidas nessa situação fazerem o melhor possível naquela situação, e portanto é essencial o trabalho em equipa para a melhor qualidade possível, mesmo que não seja o ideal.

PO – Em relação ao desenvolvimento das competências para o trabalho em equipa, crê que é uma vertente que é, neste momento, focalizada quer na formação base dos enfermeiros...

CD – Não, nunca foi. Nem na dos enfermeiros e, quer dizer, quando nós falamos num trabalho em equipa não podemos falar só nos enfermeiros...

PO – Não. Eu ia acrescentar: enfermeiros e médicos.

CD – Eu acho que é uma lacuna enorme, a todos os níveis de formação e de todos os grupos profissionais. Fala-se muito, toda a gente diz “eu dou-me muito bem na minha equipa” “é a minha equipa!” , mas o trabalho em equipa é mais do que as pessoas darem-se todas muito bem e terem um ambiente agradável. É muito

importante a existência de um ambiente agradável mas não é isso que faz uma equipa, e a formação sobre trabalho em equipa é uma área fortemente lacunar em qualquer grupo profissional. Se calhar os enfermeiros são aqueles que há mais tempo falam sobre o assunto mas depois acabam por ter também uma postura um bocadinho endogâmica, “nós somos todos muito bons, sabemos todos muito sobre o trabalho em equipa” mas depois fala-se muito da “minha equipa” e a equipa de enfermagem não é a equipa de cuidados, e se nós estivermos particularmente em contexto de Urgência, em que aí a interdisciplinariedade é essencial para o sucesso dos cuidados prestados, a equipa tem de ser uma visão mais abrangente. Equipa, o grupo de pessoas que estão a fazer face àquela situação no momento, e não uma equipa de enfermagem que funcione muito bem, uma equipa médica que funcione muito bem, uma equipa de auxiliares de acção médica que trabalhe muito bem. Tudo pode trabalhar muito bem, mas se não se formar uma equipa para fazer face à situação, a qualidade dos cuidados, na minha óptica, sai concerteza prejudicada. E inclusivamente as relações, muitas vezes... as relações essenciais ao estabelecimento de uma equipa de trabalho podem ser também beliscadas aí porque estamos a falar de coisas estanques.

PO – Em vez de um grupo a funcionar, há vários grupos a funcionar sem funcionarem em conjunto.

CD – Temos vários grupos a funcionar mas não temos equipas. Portanto não podem nem sequer os grupos funcionar muito bem. Isto é assim uma coisa um bocadinho como ver quem é que nasceu primeiro, se o foi o ovo ou a galinha...

PO – Mesmo a nível institucional, das instituições hospitalares, e mais uma vez contextualizando no Serviço de Urgência, verifica alguma mudança em termos de cultura ou filosofia de modo a apostar nesta área do trabalho em equipa e das competências para o trabalho em equipa?

CD – (hesitando) Ao nível do discurso... essa é uma preocupação e, passando a expressão, se calhar essa até é uma coisa que está muito na moda e às vezes aquilo que é importante é agarrar a moda e conseguir fazer alguma coisa, porque de facto eu penso que existe preocupação e até alguma vontade. (hesita) Depois quando se passa à efectivação por vezes os obstáculos são muitos, até porque os ganhos não são visíveis no momento e nós vivemos muito para o momento, para o aqui e agora. E a construção de uma equipa é uma coisa que leva tempo, é uma coisa que tem avanços,

é uma coisa que tem recuos, é uma coisa que tem um ciclo de vida normal, e em termos de custo/benefício, numa visão demasiado economicista como são hoje equacionados os cuidados de saúde, os ganhos são evidentes, ninguém os nega mas, não são quantificáveis no momento, e por isso muitas vezes as coisas não passam de cartas de intenção. Devia ser assim mas agora não pode ser por este motivo ou por aquele e por isso todas as estratégias implementadas acabam, por vezes, por cair no desuso, se é que isso se pode dizer, porque não tem ganho imediato. O ganho não se consegue ver no momento, ou quantificar no momento, e por isso muitas não se passa de cartas de intenções, muita formação, diz-se que se faz muita coisa mas quando se chega à parte da operacionalização, apesar das vontades honestas e sinceras de toda a gente, muitas vezes os obstáculos e os constrangimentos são muitos.

Parte 2 – Formação Interdisciplinar

PO – Em termos de instrumentos para haver essa formação, considera que a formação em serviço pode ser uma opção...

CD – Eu acho que é uma opção, é A OPÇÃO...

PO - ...entre outros?

CD – Entre outros... entre outros, essa é uma das opções essenciais porque, uma das coisas que contamina todos os locais de trabalho, hoje e particularmente este que nos diz particularmente respeito, tem a ver com a pressão para a realização de tarefa, é muito centrado na tarefa e, mais uma vez, nos resultados tangíveis e observáveis no momento, e a formação em serviço é um local, uma forma, um instrumento essencial para fazer uma coisa que se faz muito pouco, que é reflectir sobre as próprias práticas. E a construção de uma equipa, a construção de formas de diferente trabalho passa, na minha óptica, por um passo essencial que é reflectir sobre aquilo que se faz para depois encontrar estratégias de mudança, ou não... ou não... porque depois também é muito fácil de dizer “vamos fazer coisas, vamos mudar” quando às vezes não é preciso mudar. É preciso é, muitas vezes, pensar sobre o que se faz, a forma como se faz e, se calhar, valorizar alguma coisa daquilo que se faz ou deixar de fazer até algumas coisas que não são eficazes, e de facto a formação em serviço é um dos instrumentos essenciais para reflectir sobre aquilo que se faz e,

portanto, ao reflectir sobre aquilo que se faz pode ser um instrumento mais do que valioso a construção das equipas e melhoria da qualidade dos cuidados que é o que toda a gente quer.

PO – A formação em serviço, numa perspectiva mais clássica, normalmente é monoprofissional, há formação de enfermeiros, depois os médicos fazem a sua própria formação...

CD – Aí está, lá estamos nós com “a minha equipa” que funciona muito bem...

PO – Considera que a formação ao ser interprofissional, e tendo a experiência do ATLS e do ATCN, poderá trazer mais valias?

CD – Acho, acho que pode, e pronto, falando então na minha experiência quer como coordenadora do ATLS que como agora mais recentemente com a vinda do ATCN, acho que pode e nessa experiência em particular eu acho que a grande vantagem é aproximar pessoas, porque as pessoas não se podem esquecer por exemplo, nestes modelos o curso ATLS é feito para médicos e portanto todo o trabalho tem de ser um trabalho pedagógico no sentido de tentar encontrar estratégias para o trabalho em equipa, tem-se introduzido algumas coisas no sentido de se aproximar as pessoas e aproximar as pessoas percebendo, dando a conhecer o que é que é esperado de cada um faça em determinada situação porque aquilo que acontece muitas vezes, e dadas todas as contingências relativamente às relações de trabalho, é que existe uma grande confusão. Existe uma grande confusão e o conhecimento de facto é comum e deve ser comum porque a situação com que nos deparamos é a mesma, agora aquilo que distingue os grupos profissionais é a forma com que olham para essa situação e a intenção com que põem nas acções que empreendem...

PO – A forma como operacionalizam...

CD - ... e daí vai dar formas de operacionalização diferentes que se vão construir numa mais valia de abordagem à situação. Não é a abordagem do médico, não é a abordagem do enfermeiro, a abordagem do assistente operacional, do laboratório, do seja quem for, é a abordagem daquela equipa face àquela situação em que o conhecimento de facto é comum e deve ser comum. Aquilo que distingue é a forma como cada um olha para aquela situação e isso constitui-se como uma mais valia e de facto esta aproximação das pessoas e o conhecimento daquilo que é

esperado do outro é essencial porque como eu estava a dizer... com as relações de trabalho algo turbulentas e com o caminho para a afirmação profissional dos enfermeiros, já me ouviram dizer isto muitas vezes mas eu acredito mesmo muito nisto, que o problema dos enfermeiros, da afirmação dos enfermeiros enquanto elemento essencial ou tão essencial como qualquer outro elemento de pleno direito das equipas tem a ver com a afirmação do seu conteúdo profissional e não entrarem entre aspas e passo a expressão com cursos de quem é que sabe mais “eu sei mais que o médico, fazer isto “o médico não sabe fazer isto” e o médico estar a pensar que o enfermeiro já está a dizer aquilo porque está a contrariar e “é só eu que tenho o poder”, portanto tudo isto ao fim e ao cabo se trata de guerras de poder. Tal como nas equipas como na vida isto são guerras de poder nos quais que assenta numa grande insegurança de todos aqueles que lá estão e... no sentirem-se ameaçados não se perceber muito bem o que é que é esperado de que cada um faça naquela situação e que cada um é importante para o resultado final com o seu contributo e os enfermeiros, na minha perspectiva, têm muita responsabilidade nisso porque a grande maioria dos movimentos de afirmação da profissão têm vindo a ser conduzidos de uma forma que é o entrar no campo dos médicos e não no afirmar o seu conteúdo profissional.

PO – Uma valorização daquela área cinzenta de sobreposição.

CD – É uma área que é cinzenta porque se o objecto é o mesmo tem de ser mesmo cinzenta, tem de ser cinzenta...

PO – Mas sem apostar nas competências que são realmente da enfermagem.

CD - ...agora não é tentando fazer aquilo que é suposto o outro fazer que eu me afirmo enquanto profissional, é fazer bem feito aquilo que é da minha competência nessa área que de facto é cinzenta, tem de ser cinzenta se o objecto é o mesmo! Obviamente que existem áreas cinzentas em que aquilo que diferencia é a intenção com que se faz e não aquilo que se faz porque muitas vezes até há diversos grupos profissionais que até têm competência para fazerem exactamente a mesma coisa e então em Urgência isso aí é mais claro ainda. Existe competência para, a forma e a intenção com que cada um faz é que é diferente...

PO – E a organização...

CD – Portanto penso que o problema passa por aí.

PO – Acredita que, ou melhor, que obstáculos é que seriam, já focou alguns, que obstáculos assim *a priori* é que encontraria para uma implementação de uma formação interdisciplinar a nível do Serviço de Urgência?

CD – Obstáculos?...Não sei...

PO – Seria bem recebida pelos enfermeiros?

CD – Seria. E pelos médicos...

PO – E pelo médicos também?

CD – Eu acho que as pessoas normalmente... e agora apelando à minha experiência enquanto formadora nesta área que... de pessoa que... frequenta muito estes contextos com uma distância crítica que às vezes dá para ver as coisas de uma forma menos desapaixonada mas as experiências que eu tenho tido e aquilo que tenho visto é que esta é de facto uma necessidade sentida por todos aqueles que lá trabalham independentemente dos receios de... verem a sua... o seu poder ameaçado ou... as pessoas querem trabalhar em equipa porque isto cansa muito, ocupa muito espaço o facto das pessoas se descentrarem daquilo que realmente é o seu objectivo que é a prestação dos cuidados... para estarem a pensar nestas guerras um bocadinho laterais, eu acho que... as pessoas iam aceitar bem e até tendo como experiência a forma como foi aceite... o ATCN quer ao nível da organização ATLS Portugal... que obviamente teve os tais obstáculos de as pessoas se sentirem ameaçadas quer dizer, isto faz parte do crescimento os primeiros cursos como é que foram feitos mas de facto apelando a isto, à nossa experiência, nós vamos fazer o 15º curso e a olhar para trás em 15 cursos houve um que correu mal, o que eu acho que é óptimo...

PO – O que é excelente!

CD – ... o que é óptimo porque de facto as pessoas aderiram e quer os enfermeiros quer os médicos perceberam e aderiram bem... se calhar a experiência mais experimental se é que se pode dizer foi a última experiência agora que de facto aí foi mesmo a formação de médicos e de enfermeiros de um mesmo serviço onde à partida isto seria o desejável... seria o desejável porque foram médicos do mesmo contexto e enfermeiros do mesmo contexto e foi engraçado porque, de facto, até a tal história de quebrar o gelo... existiu ali um momento na formação, provavelmente no p

rimeiro dia da formação em que... existiam não dois grupos mas se calhar um grupo e meio... a partir do segundo dia tivemos um grupo no curso e estou convencida que a nível agora que é por onde se vê obviamente a nível daquele contexto algumas destas coisas às vezes... um bocadinho difíceis de objectivar das tensões, possam ser amenizadas... mas aí está, isto leva tempo, dá trabalho e o resultado não se vê agora daí a ser um dos obstáculos... não me perdendo naquilo que me tinha perguntado esse é um dos obstáculos, de facto vive-se para o resultado do agora e isto não tem resultados agora.

PO – O agora e o economicamente viável...

CD – Exactamente o economicamente... porque por exemplo este tipo de formações é uma formação que é cara, é uma formação que é cara e se nós tivermos a pensar, quer dizer ao dar o exemplo do ATLS e do ATCN é uma estratégia para, porque... quando me estava falar na formação em termos de construção de equipas e de formação para o trabalho em equipa esta formação não tem este objectivo. Tem este objectivo escondido, este objectivo é implícito, é se calhar uma estratégia para se poder lá chegar tem este objectivo ou melhor aí está, se calhar não há curso onde se fale tanto da importância do trabalho em equipa se nós olharmos para o curso em si e pela forma como ele está estruturado existem pequenas incursões que foram têm vindo a ser introduzidas no sentido de alertar para alguns aspectos importantes de como se trabalha em equipa mas não existe nada... neste curso que diga assim “aqui e agora vai-se aprender a trabalhar em equipa”... portanto isto é tudo uma área muito... tem de ser abordada com muitas cautelas... mas este é um dos obstáculos.

PO – E muitas dessas *nuances* acabam por ser complementares depois.

CD – Não percebi.

PO – O objectivo, falou-me do curso de ATLS, do curso é formar sobre a área de trauma em conjunto...

CD – É um curso que teoricamente deve formar EQUIPAS DE TRAUMA mas a competência básica de como é que se trabalha em equipa não está explícita.

PO – Está implícita. A tal parte complementar a que eu, é um complemento...

CD – Sim mas esta coisa de estar implícito é muitas vezes perigoso porque é... aquilo que é tão óbvio... é óbvio... é óbvio que se tem de trabalhar em equipa. Não há ninguém que diga que se pode trabalhar sem ser em equipa... quando se pergunta se se trabalha em equipa já as pessoas dizem normalmente “AH trabalha, na minha equipa nós trabalhamos bem, cada um sabe o que é que tem de fazer” mas depois as coisas quando é para objectivar ficam sempre muito à superfície... porquê... porque se acha que é óbvio e não há nada pior do que considerar que as coisas são óbvias porque não são valorizadas. É exactamente mais uma vez as coisas de enfermagem em que é que a enfermagem a valoriza quando se fala toda a gente fala as “as pequenas coisas que são importantes” mas depois onde é que elas estão? É tão óbvio que depois não se registam, na sociedade actual aquilo que não está registado aquilo que não é tangível não existe, é como o trabalho em equipa.

PO – Esta foi uma conclusão perfeita, sem dúvida. Só e agora para terminar, uma última questão. Se tivesse que apontar um caminho para o trabalho em equipa, para a formação interdisciplinar para o futuro, assim muito rapidamente, como é que desenharia o futuro em termos de trabalho em equipa e de formação para efectivar o trabalho em equipa?

CD – Isso é o que se chama pedir o impossível, rapidamente é uma coisa que... isso é uma receita que não há. Se eu soubesse... provavelmente ... além de me sentir muito bem, concerteza que algum dia estava a receber um prémio porque essa é uma questão que aí está, é uma questão que é óbvia toda a gente diz que sim mas agora como é que se faz? Nós enfermeiros todos os enfermeiros sabem o que devem fazer, o problema é como devem fazer... uma das coisas que... eu acho que um dos passos, por exemplo, para o estabelecimento... perguntou-me para o estabelecimento ou a formação? Desculpe...

PO – Para os profissionais valorizarem e apara ganharem competência de trabalho em equipa primeiro e como é que isso pode ser incluído na formação em termos futuros... Acha que andam de mãos dadas essas competências e a formação em si?

CD – Não...

PO – Ou que terão de andar de mãos dadas?

CD – Não... que terão de andar eu não tenho dúvidas, agora mais uma vez aponta-se para a receita... por exemplo uma das perversões... pelo caminho mais fácil que é se se pensar, por exemplo, numa coisa que é essencial e o problema foi a forma como foi operacionalizada do ser contabilizado em termos de progressão na carreira ou nas carreiras quando existiam, nas carreiras ou nas avaliações de desempenho das pessoas as formações que fizeram... isso é um reconhecimento de que a formação é importante o problema depois é de que qualquer formação conta e então aquilo que é preciso é fazer formação e então vamos fazer formação.

PO – Sem ter em conta qualidade...

CD – E nem falo da qualidade que as pessoas são bem intencionadas quando fazem, é... fazer a formação muitas vezes fora do contexto. Uma das coisas que me parece ser essencial é a formação tem de ser feita com as pessoas não para as pessoas... porque o caminho para a construção e para a formação de equipas... obviamente que assenta nos pressupostos dos constructos teóricos mas depois é muito em situação... é muito em situação e e e... acho que o primeiro caminho se calhar era perceber o que é que as pessoas... quais são as necessidades as reais necessidades das pessoas porque não é por se fazer uma formação seja naquilo que for nomeadamente não é por se fazer o curso ATLS/ATCN que se vai passar a saber trabalhar muito bem em trauma, uns irão outros não... são caminhos... porque a formação aponta caminhos e depois cabe a cada um aproveitá-los e integrá-los da forma que lhe fizer sentido... se calhar uma das coisas que seria... eh tá a ver... não lhe sei responder... um dos caminhos poderia ser... as pessoas perceberem e fazerem a análise daquilo que fazem nos seus contextos e depois vêm o que é que precisam de formação.

PO – Uma avaliação da situação?

CD – Para mim é essencial porque senão não se consegue fazer com as pessoas que eu acho que é uma das coisas que acontece na grande maioria das formações em serviço... que é “vamos fazer uma acção em serviço sobre” sobre aquilo que está na moda e então toda a gente sabe e tem imensas referências bibliográficas sobre o que é o trabalho em equipa sobre o que é isto sobre o que é aquilo... agora em termos da formação das equipas isto é tudo muito *fluke* não existe uma grande *décalage* entre a teoria e a prática... e tem de ser... estas coisas tem de ser feitas, têm de ser avaliadas que é outra coisa que é muito... uma área muito...

PO – Área a todos nós somos avessos...

CD – Todos nós somos avessos porque uma das coisas que é essencial e se calhar é uma das coisas... das situações que leva a que seja difícil trabalhar em equipa é que uma condição que é pré, pré pelo menos na minha modesta opinião, para as pessoas poderem trabalhar em equipa é terem a capacidade... de se conseguirem pôr em causa.

PO – A si próprias portanto...

CD – A si, de se conseguirem pôr em causa sentirem-se postos em causa no bom sentido porque senão não ouvem os outros e poranto não se constroem equipas e isto passa por aí... passa por aí porque muitas vezes a equipas não são equipas, são grupos de pessoas que se dão muito bem socialmente e que até fazem tertúlias de discussão científica extremamente interessantes e valiosas, o problema é que quando se tá em situação porque de facto... pra mim essa é o grande... e a pedra de toque no meio de uma equipa é a capacidade das pessoas se porem em causa e hoje, de facto, todas as pessoas se sentem muito ameaçadas... e até dentro dos... todos os... ao longo percursos diferentes percursos formativos as pessoas competiram muito e portanto isto é uma coisa que está muito enraizada... foi muito mais enraizada a competição que a partilha. E está enraizada então se nós falarmos particularmente nos médicos e nos enfermeiros tá enraizada desde que entraram para a escola.

PO – Quase desde a pré-primária.

CD - Quase desde a pré-primária... e portanto é muito complicado dizer que agora já não é assim.

PO – É mais complicado adoptar atitudes de não ser assim.

CD – Pois por isso depois é que é complicado. Penso que isso só... é preciso... e isso nota-se e é engraçado todos nós hoje e “ai os mais novos hoje têm mais uma atitude muito assertiva(?) e muitas vezes raiando inclusivamente até o incorrecto face aos seus saberes ou ignorâncias” mas de facto também ninguém os ensinou a ser de outra forma... e hoje em dia com a massificação da formação quer dizer nós não esperemos... nós não podemos esperar que quando na formação as pessoas não foram olhadas duma forma individual com a massificação do ensino, depois saibam fazer uma coisa... lhes peçam para fazer uma coisa nem saibam o que é que existe nem sabem que existe, reconhecem-lhe a importância mas não sabem como é que hão-de fazer porque isso... o fazer com... é de alguma forma ameaçador por isso... é que trabalhar é difícil... por exemplo uma das coisas que eu acho que pode ajudar é estas formações ou eventuais formações serem feitas por pessoas com as pessoas do contexto mas serem lideradas por pessoas fora do contexto... exactamente para existir a tal distância crítica por um lado e por outro lado para diminuir a ameaça, se é que assim se pode dizer, daqueles que estão no próprio contexto...

PO – E algum constrangimento talvez.

CD – Constrangimentos e resistências e...

PO – Comparações.

CD - Introdução de variáveis parasitas à situação eu penso que a situação da formação das equipas, para trabalhar em equipa, a formação dos grupos para poderem vir a contruir-se como equipas penso que poderia ser de alguma forma facilitada se fosse feita com pessoas do exterior ou liderada por pessoas externas ao contexto e essencialmente ser uma coisa efectuada ao longo do tempo, quer dizer vamos fazer agora uma formação para trabalhar em equipa acabou a formação todos nós ficamos com os créditos e horas para colocar na avaliação de desempenho e pronto...

PO – Mas as mudanças depois não são efectuadas?

CD – As mudanças eu nem sei eu acho que as pessoas nem sabem, para mim o maior problema é não existir a avaliação da própria formação porque a formação até pode ter sido ou até não ter sido boa não ter sido eficaz. Muitas vezes a eficácia pode

ser medida só ou melhor não é pode ser medida, um dos resultados um sucesso ou melhor um resultado positivo da formação realizada pra mim pode ser só o facto de pôr as pessoas a falar sobre o assunto. Isto já pode ser ou melhor este é um dos primeiros passos para, agora se não se dão os outros isto não pode ser uma coisa autolimitada no tempo, isto tem de ser um processo que tem de ser acompanhado em tempo, olhe tem de ser em projecto e tem de ser um projecto que obviamente, como todos, nasce da ideia de uma pessoa mas que depois não pode ser autolimitado, não pode ser autolimitado, tem de ser acompanhado tem de ser acompanhado porque muitas vezes as pessoas não sabem se foi eficaz ou não.

PO – Mais contínuo...

CD – Nem sabem se foi eficaz porque não foi avaliado não sabem o que é que se mudou o que é que não se mudou... “olhe agora encontrou-se esta nova forma de fazer e isto resultou olha pensamos que introduzir isto ne afinal ainda ficamos pior do que o estávamos portanto sem monitorização... quer dizer encontrar a formação como uma receita acho que é uma preversão daquilo que a formação é porque a formação implica... muito mais do que isso é... a formação implica acompanhamento, implica resultados, implica reformulação e “vamos todos fazer uma formação como é que se trabalha em equipa e pronto agora somos todos peritos”... não resulta...

PO – E assim dito parece desprovido de lógica...

CD – Se calhar o segredo ou aquilo como eu veria um plano de formação seria um acompanhamento... ao longo do tempo e com e essencial a avaliação de resultados senão “ficamos todos sempre muito contentes porque fizemos a formação e trabalhamos todos muito bem ou que apesar de termos feito a formação continuamos a tarabalar muito mal” mas não passa disto não passa disto... porque depois também não se sabe porque é que a qualidade dos cuidados melhorou quer dizer pronto ficamos todos muito nesta... muito satisfeitos porque se fizeram coisas mas sem saber o que é que se obteve com essas coisas. Eu acho que as pessoas estão motivadas por exemplo “ ah eu acho que o essencial da formação é a motivação” é mas eu acho que isso existe porque as pessoas estão todas desconfortáveis com a situação. Eu acho que as pessoas estão todas desconfortáveis, acho que estão desconfortáveis e por isso uma solução apontada que não seja ameaçadora, muito pelo menos, e que seja feito com as pessoas acho que é benvinda...

PO – Será por aí.

CD – Eu acho que será por aí

Efectuados os agradecimentos foi dada a entrevista como terminada.

Apêndice 8

*Transcrição e Análise de Entrevista a
Dr. Miguel Soares Oliveira*

Guião de entrevista semi-estruturada

Dr. Miguel Soares de Oliveira.

1. Introdução

1.1. Apresentação

1.2. Pedida pequena nota biográfica.

(focar o tema na abordagem do doente crítico)

2. Formação

- Formação interdisciplinar em emergência;
- Evolução da formação interprofissional;
- Obstáculos;

3. Trabalho em equipa

- Evolução ao longo do tempo;
- Importância do trabalho em equipa,
- Desenvolvimento de competências de trabalho em equipa,
- Mudanças de filosofia nas instituições.

Agradecimento e despedida.

Análise SWOT da Entrevista ao Dr.
Miguel Soares de Oliveira

	Trabalho em Equipa	Formação Interdisciplinar
S (<i>strengths/</i> forças)	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Considerado fundamental, particularmente na abordagem do doente crítico; ✚ Não há outra forma com igual sucesso de abordar o doente crítico; ✚ Competências passíveis de formação em contexto de serviço; ✚ Fomenta união e coesão. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Não há outra forma de abordar a formação entre os profissionais; ✚ Mesmas normas de actuação e da mesma escola promovem articulação na prática; ✚ Se formação é centrada no doente emerge a necessidade de ser interdisciplinar.
W (<i>weaknesses/</i> fraquezas)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Necessita de treino, experiência e vivências comuns; ❖ Necessita de formação; ❖ Necessita de formação em conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ainda é uma raridade, ❖ Utilização ainda aquém do que devia ser.
O (<i>opportunities/</i> oportunidades)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paradigma ABCDE não é sequencial, é simultâneo, necessita de trabalho em equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ As competências em urgência e emergência são independentes do grau académico ou título; ✓ Começa a ganhar algum espaço.
T (<i>threats/</i> obstáculos)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recursos e barreiras públicas entre classes; ➤ Formalismo entre classes; ➤ Não nasce por despacho, constrói-se com base na confiança que basta muito pouco para ser perdida; ➤ Necessário mudar a prática. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obstáculos culturais entre classes; ➤ <i>Lobbies</i> profissionais.

Entrevista Semi-Estruturada a Perito

Transcrição

Tema: Formação Interdisciplinar e Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico.

Entrevistador: Pedro Oliveira (PO).

Data: 16/9/2011.

Duração: 13m e 06s (15h20m – 15h34m).

Local: Sede do Instituto Nacional de Emergência Médica - Lisboa.

Entrevistado: Dr. Miguel Soares de Oliveira (MSO).

Especialista em Cirurgia Pediátrica, actualmente a desempenhar o cargo de Presidente do INEM. Foi Director da delegação Norte do INEM entre 2003 e 2008 e entre 2008 e 2010 ocupou cargo de chefia no Departamento de Qualidade Clínica da Direcção Geral de Saúde.

Mestre em Medicina de Emergência e Licenciado em Gestão.

Após apresentação e agradecimento inicia-se a entrevista:

Parte 1 – Formação Interdisciplinar

PO – Dr. Miguel, boa tarde antes de mais. No âmbito do mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica encontro-me a fazer um projecto em que o tema principal é a Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa. Na sua experiência profissional tem alguma experiência de Formação Interdisciplinar?

MSO – Sim, sim. No que diz respeito à urgência e emergência eu diria que não há outra forma de abordar a formação entre os profissionais. A necessidade de intervenção ao segundo e de forma sincronizada é tão grande que se de facto não estiverem habituados desde o momento da formação a fazê-lo, e a fazê-lo de acordo com os mesmos *guidelines*, de acordo com as mesmas orientações, tudo pode correr mal, e portanto é um dos melhores exemplos se calhar para assumir que a formação interdisciplinar é fundamental e que não há barreiras administrativas à prestação de cuidados de emergência. O que é necessário é ter a certeza de que se sabe o que se está a fazer independentemente de qual o grau académico ou do título profissional que está por trás dessas mesmas competências.

PO – No seu percurso profissional na urgência e emergência deparou-se com muitos exemplos de Formação Interdisciplinar ou ainda é algo que só acontece de vez em quando?

MSO – Apesar de tudo acho que ainda é uma raridade. Ainda há conceitos demasiado estanques, gaiolas onde tentam colocar os profissionais e que na prática depois resulta menos bem, por vários motivos até porque se as normas por onde se orientam advêm de escola diferentes há depois dificuldade de as fazer articular em pleno durante uma actuação. E volto a dizer isso em situação de emergência pode ser a diferença entre a vida e a morte portanto a Formação Interdisciplinar hoje apesar de tudo começa a ganhar algum espaço mas ainda está muito aquém do que eu acho que devia ser o seu lugar normal e natural que é abordar toda a lógica da formação centrada no doente e portanto se centrarmos no doente o que ele precisa é de uma equipa pluridisciplinar, ou interdisciplinar e se precisa de uma equipa interdisciplinar precisa que essa equipa esteja habituada a fazer desde a formação. Portanto se centrarmos e nos habituarmos, como em tudo, também na formação, se nos habituarmos a centrar o problema e a sua solução no doente, a formação nascerá naturalmente e obrigatoriamente interdisciplinar porque o doente é isso mesmo, um conjunto de várias disciplinas em sinergia ou de necessidade de várias disciplinas em sinergia.

PO – Quais considera serem os maiores obstáculos para Formação Interdisciplinar?

MSO – Eu diria claramente culturais e muito também de *lobby*. Há um *lobby* em cada grupo, há um *lobby* em cada classe que impede que fluía normalmente e naturalmente aquilo que é a necessidade do cidadão em termos de abordagem.

Parte 2 – Trabalho em Equipa

PO – Em termos do trabalho em equipa, do que presenciou ao longo dos anos, como classificaria no geral, sem estarmos a exemplificar porque exemplos há sempre muitos e para todos os gostos, mas no geral é que consideraria o trabalho em equipa principalmente entre médicos e enfermeiros no Serviço de Urgência na abordagem de um doente crítico?

MSO – Eu dividiria isso em dois grupos. No pré-hospitalar, em que estão sozinhos e em que eu diria que são quebradas as barreiras que eventualmente possam existir entre esses dois grupos profissionais, a dependência um do outro é tao grande que impede qualquer tipo de formalismo e de estanquicidade de classes e portanto aí eu

diria que é perfeita a harmonia e a complementaridade entre dois elementos, entre médico e enfermeiro. Já no Serviço de Urgência, fruto de um contexto mais alargado, de mais profissionais, eu diria também até talvez mais público, as reservas aumentam, as barreiras aumentam, o formalismo ganha lugar, passa-se a usar o termo Sr. Dr. e Sr. Enfermeiro, coisa que por exemplo no pré-hospitalar normalmente não acontece, e portanto AS MESMAS pessoas têm em cenários diferentes e ambos urgência mas um dentro de um Serviço de Urgência e outro na rua, comportamentos diferentes e claro com maior proximidade, maior cumplicidade no pré-hospitalar do que no próprio Serviço de Urgência.

PO – Como é que consideraria, em termos de importância, a pergunta pode ser redundante ou pelo menos... Mas como é que consideraria em termos de importância o trabalho em equipa ao abordar um doente crítico?

MSO – Eu acho que é fundamental, acho que é fundamental para o bom resultado em... na maior parte das actuações na área da saúde e nomeadamente na área da saúde relacionada com o doente crítico não há deus não há super-homens ninguém consegue fazer tudo sozinho, há um conjunto, que apesar da lógica, do paradigma do ABCDE poder parecer que é sequencial não é, é simultâneo e para ser simultâneo é necessário que haja um ou dois elementos no A no B no C no D no E, tudo em simultâneo. Isto só se faz se a equipa estiver preparada para o fazer, se todos por igual estiverem preparados para o fazer, se estiverem treinados para o fazer em conjunto, centrados nas suas prioridades, ou melhor, centrados na prioridade do doente portanto acho fundamental no doente crítico em particular que a interdisciplinaridade e o trabalho em equipa seja uma constante, eu diria seja a única forma de o fazer. Não há outra forma com igual sucesso de abordar o doente crítico portanto é fundamental o trabalho em equipa em que cada um sabe o seu papel cada um está preparado para fazer o seu papel e cada um sabe o papel do outro porque só assim é que o pode ajudar quando isso se torna necessário. E volto a dizer, se centrarmos nas necessidades do doente, do A do B do C do E, do D do E e por aí fora, o que for sendo necessário, tudo isto aparece ou deve aparecer com naturalidade.

PO – Na Formação Interdisciplinar podemos englobar diferentes cursos que podem fornecer um corpo comum de conhecimentos aos vários profissionais de um serviço. Já abordou essa questão. Será que a formação em conjunto é depois suficiente para formar uma boa equipa?

MSO – Não, não. Eu diria que é o primeiro passo, portanto haver uma formação em conjunto ou de não for em conjunto numa primeira fase pelo menos que seja pelos mesmos guiões, pelos mesmos manuais para que a linguagem pelo menos seja comum esse é o primeiro passo, mas é fundamental a seguir a prática desse mesmo trabalho de equipa, e repare que há que assumir desde logo que uma equipa não nasce por despacho, não nasce por imposição, uma equipa constrói-se, uma equipa muito na base da confiança. Tem que haver sempre uma figura de liderança dessa equipa que tem de ser reconhecida pelos pares e para além disso, para que toda a equipa para além do líder funcione bem tem de confiar nos restantes elementos e a confiança tanto para ganhar, ou melhor, para se ganhar demora muito tempo, constrói-se, enquanto que para perder basta um gesto em falso que a confiança se perde e na maior parte das vezes irremediavelmente enquanto que para se construir a equipa não só precisa de formação comum como precisa claramente de treino comum, vivência comum para confiar.

PO – E de formação sobre a base do trabalho em equipa...

MSO – Claro. Como disse é importante ser, adquirir por formação teórica e por formação prática as competências do denominado trabalho de equipa, umas nascem um pouco por empirismo por experiência mas hoje em dia em que há formação específica sobre esse tema será fundamental acrescentar essas competências de trabalho em equipa aos elementos que dessa equipa fazem parte porque efectivamente há toda uma ciência comportamental à volta do trabalho em equipa que deve ser transmitida e adquirida por esses mesmos elementos.

PO – Considera possível que essa formação teórica e teórico-prática das competências do trabalho em equipa possa ser efectuado em contexto de formação em serviço?

MSO – Eu acho que deve... sim... eu acho que deve haver uma primeira fase numa altura precoce para de algum modo sensibilizar, alertar os profissionais para esta temática e para esta necessidade mas depois para concretizar a formação DE UMA equipa acho que deve, tem tudo a ganhar ser feita em contexto de serviço porque é AQUELA equipa que tem de ser formada e constituída.

PO – Isto não excluindo claro formações externas que poderão...

MSO – Claro...

PO – ...ser necessárias. Há vários cursos da mesma maneira como ministrados pelo INEM, o ATLS...

MSO – podemos comparar o nível de *stress* o nível de interajuda necessário a uma equipa que lida com o doente crítico como uma equipa de uma tropa especial e nunca se viu nenhum elemento de uma tropa especial ser formado num quartel e outro no outro, são formados em conjunto de forma exactamente a adquirirem entre todos confiança e espírito de equipa, portanto numa equipa de reanimação numa equipa de urgência que trata com doentes críticos a lógica tem que ser a mesma para ser constituído um corpo, um espírito de corpo de interajuda, um espírito de sacrifício para que perante stress perante situações de ansiedade todos sejam coesos e unidos em prol da vítima, que aliás é perfeitamente comparável ao treino dos militares das forças especiais que para missões de alto risco são preparados.

PO – Depreendo a necessidade provável de mudar algumas das filosofias existentes nos Serviços de Urgência dos nossos hospitais...

MSO – Eu acho que mais do que mudar a filosofia é mudar a prática e portanto o que é preciso é romper com os dogmas, com os *status quo* instituídos e passar a fazer aquilo que de facto é o melhor para o doente. Isto não precisa também de ser feito por despacho ou por deliberação nem por portaria, isto basta que numa equipa alguém se lembre o sugerir, convença os seus próximos de que isto pode ser uma boa ideia e fazê-lo. Não precisa provavelmente nem dum despacho nem de uma autorização especial precisa apenas da vontade, da crença e da vontade para o iniciar. É assim que eu acredito que os projectos são feitos e que as mudanças são instituídas, alguém acredita e tem a vontade de lutar por essa mudança e não precisa de mais nada.

PO – Agora por curiosidade, existe no INEM alguma formação que seja interdisciplinar?

MSO – Sim, fazemos formação a vários níveis nomeadamente na situação de catástrofe. O curso que é ministrado para os profissionais das viaturas médicas, médico e enfermeiro no que diz respeito à catástrofe, o tal ambiente de ultra ansiedade e *stress*, eu diria a tal guerra para o qual as nossa tropas especiais têm de se preparar é feita em conjunto porque é exactamente acima das outras ou para além das outras é fundamental estarem com esse espírito.

PO – E os resultados têm sido?...

MSO – Sim, eu acho que o INEM hoje é um organismo do Ministério da Saúde que pode estar contente com o trabalho que presta.

Efectuados os agradecimentos foi dada a entrevista como terminada.

Apêndice 9

Questionário Definitivo

Caro(a) colega,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica solicito a sua colaboração num projecto sobre “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”.

Os questionários são anónimos e **todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais**. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes. Os dados recolhidos são para uso estrito do presente trabalho.

O questionário consiste em várias afirmações/questões gerais sobre trabalho em equipa e formação pelo que assinala com uma cruz **(X)** ou **círculo** a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das questões. Nas questões abertas seja o mais conciso possível.

Para o correcto preenchimento do questionário é importante encontrar previamente um ambiente sereno sem interrupções onde possa **ler com atenção as questões**. Tente responder o mais aproximadamente possível da sua prática profissional, pois **não existem respostas certas ou erradas**.

Não esquecer de **responder a todas as questões** para os dados serem válidos. **A sua colaboração é fundamental**.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira

(pedrooliveira@campus.esel.pt)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo e publicação profissional.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Rubrica (por favor não indicar o nome ou outro dado que permita sua identificação): _____

Data: ____ / ____ / 2011

DADOS BIOGRÁFICOS

1 - Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2 - Idade (anos): _____

3 - Profissão: ☐ Enfermeiro

Especialidade: ☐ Sim Qual? _____

☐ Não

☐ Médico

Especialidade: _____

4 - Experiência em Urgência (anos): _____

EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO:

5 - Possui formação em SAV (Suporte Avançado de Vida)? ☐ Sim ☐ Não

5.1 - Se sim, quando frequentou o último curso (anos)? _____

6 - Possui formação em Trauma? ☐ Sim ☐ Não

6.1 - Se sim, quando frequentou o último curso (anos)? _____

7 – Possui formação em outra área que considere importante na abordagem do Doente Crítico? (ex. – Electrocardiografia, abordagem avançada da via aérea)

☐ Sim Qual(is)? _____

☐ Não

8 - Em que medida considera a formação em serviço importante no Serviço de Urgência?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

9 – Está familiarizado com o conceito de “Formação Interdisciplinar”? ☐ Sim ☐ Não

9.1 – Se respondeu sim:

9.1.1 – Descreva-o sucintamente: _____

9.1.2 – Considera-o aplicável no Serviço de Urgência? : ☐ Sim ☐ Não

9.1.3 – Quais os 3 principais temas que poderiam ser abordados em contexto de formação interdisciplinar:

EM RELAÇÃO AO TRABALHO EM EQUIPA

(considere relativamente a médicos e enfermeiros)

10 – Como classificaria a importância do trabalho em equipa no Serviço de Urgência na abordagem do Doente Crítico?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

11 – Considere 3 causas que afectem negativamente um efectivo trabalho em equipa no Serviço de Urgência:

12 – Considere 3 factores que possam afectar positivamente um efectivo trabalho em equipa no Serviço de Urgência:

13 - Como classificaria a importância de existir confiança entre a equipa de enfermagem e a equipa médica?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

14 – Como classificaria a importância da tolerância na expressão de pontos de vista discordantes?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

15 – Como classificaria a importância de uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

16 – Como classificaria a importância da existência e definição de um “Team Leader” na abordagem de um doente crítico?

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Indispensável

17 – Quem deveria ser o “Team Leader” na abordagem do doente crítico? (salvaguardando a exclusividade médica na prescrição e diagnóstico e por isso na validação destes itens)

17.1 – Justifique. _____

18 – Considera que a formação em trabalho em equipa deveria ser frequentada:

☐ Só por médicos ☐ Só por enfermeiros
☐ Por médicos e enfermeiros em separado ☐ Por médicos e enfermeiros em conjunto

Muito obrigado pelo tempo disponibilizado
Pedro Oliveira

Apêndice 10

Horários de Estágio

Horários de Ensino Clínico

Horário de Ensino Clínico – Outubro 2011																	
Semana				1							2						
Dia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Local	Artur Ravara																
	H. Universitário - Turno										Apres.	T	D	N	F	F	T
Horas	Diárias										4	8	1,5	8,5			8
	Acumulado						25				29	37	38,5	47			55

Horário de Ensino Clínico – Outubro 2011																
Semana		3								4						
Dia		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Local	H. Universitário - Turno	D	D	F	M	T	D	D	N	M	T	D	T	F	T	T
	Diárias				7,5	8		1,5	8,5	7,5	8		8		8	9
Horas	Acumulado				62,5	70,5		72	80,5	88	96		104		112	121

Horário de Ensino Clínico – Novembro 2011																
Semana		5								6						
Dia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Local	H. Universitário - Turno	N	N	F	M	D	D	F	F	D	T					
	Diárias	10	8,5		7,5						8					
Horas	Acumulado	131	139,5		147						155					

Horário de Ensino Clínico – Novembro 2011																
Semana		7								8						
Dia		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Local	H. Central - Turno	M	M	F	F	T	D	N	F	F	M	D	N	F	M	T
	Diárias	8,5	7,5			7,5	1	8,5			8,5	1	8,5		8,5	7,5
Horas	Acumulado	163,5	171			178,5	179,5	188			196,5	197,5	206		214,5	222

Horário de Ensino Clínico – Dezembro 2011																
Semana		9								10						
Dia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Local	H. Central - Turno		N		T		D	N			T	D	N		T	T
	Diárias	1	8,5		7,5		1	8,5			7	1	8,5		7	7,5
Horas	Acumulado	223	231,5		239		240	248,5			255,5	256,5	265		272	279,5

Horário de Ensino Clínico – Dezembro 2011																	
Semana		11			Férias de Natal												
Dia		1 6	1 7	1 8	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	27	2 8	2 9	3 0	3 1
Local	Faculdade de C. Médicas												Entrev				
	H. Central - Turno																
Horas	Diárias												8				
	Acumulado												287,5				

Horário de Ensino Clínico – Janeiro 2012																
Semana		12								13						
Dia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Local	H. Central - Turno			M	M							M		M		D
Horas	Diárias			7,5	8,5							8,5		8,5		1
	Acumulado			295	303,5							312		320,5		321,5

Horário de Ensino Clínico – Janeiro 2012																	
Semana		14						15						16			
Dia		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Local	H. Central -Turno	N		T				T	T		D	N			T	D	N
Hora s	Diárias	8,5		7,5				7,5	7,5		1	8,5			7,5	1	8,5
	Acumulad o	330		337,5				345	352,5		353,5	362			369,5	370,5	379

Horário de Ensino Clínico – Fevereiro 2012																
Semana		16					17							18		
Dia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Local	H. Central -Turno			M/T	D	N		M	M					M	D	N
Horas	Diárias			16	1	8,5		8,5	8,5					8,5	1	8,5
	Acumulado			395	396	404,5		413	421,5					430	431	439,5

[illegible]

Apêndice 11

*Jornal de Aprendizagem H.
Universitário*

SUMÁRIO

Pág.

0. INTRODUÇÃO	3
1. REFLEXÃO ESTRUTURADA	5
1.1. Descrição e Análise	5
1.1.1. Descrição	5
1.1.2. Sentimentos	6
1.1.3. Avaliação	6
1.1.4. Análise	7
1.2. Reflexão	8
1.2.1. Conclusão	8
1.2.2. Plano de Acção	10
2. CONCLUSÃO	11
3. BIBLIOGRAFIA	12
ANEXOS	13
Anexo I – Ciclo de Gibbs	
Anexo II – Guia de Reflexão Estruturada	

0 - INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Ensino Clínico encontra-se inserida no programa de estudos do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, que me encontro a frequentar. A avaliação desta unidade inclui a realização de um de um jornal de aprendizagem acerca da experiência vivida nos diversos campos de estágio, sendo esta relativa ao Serviço de Urgência do Hospital Universitário e que dará corpo a este documento.

“O diário/o jornal de aprendizagem é um documento escrito, cujo conteúdo não deve ser orientado, podendo ser constituído por tudo quanto conduza a compreensão psicológica, pedagógica e social do próprio e do leitor.” (Soveral,1996, p.50). A partir desta definição conclui-se que este instrumento pode acoplar os mais variados temas e ter uma variada gama de formatos desde que faça sentido para o autor e, eventualmente, para o leitor. É, no entanto, sensato que se estabeleça uma espécie de fio condutor e que se obedeça a alguns parâmetros que vêm sendo utilizados na organização de trabalhos e, mais oportunamente, na realização de reflexões durante o Curso de Mestrado, pelo que será usado o Ciclo Reflexivo de Gibbs **(Anexo I)**.

Bernard e Goodyear (2009), citados por Silva, M. (2011, APP s.36), definem reflexão como um “processo que se inicia numa situação da prática profissional que é de algum modo preocupante, surpreende ou confunde”. Esta definição ajudou a focar o tema escolhido.

Pretende assim, este documento, ser o concretizar de uma reflexão estruturada acerca de uma situação em particular, que ocorreu variadas vezes, mas da qual apenas tomei consciência após reflectir sobre a prática até então, e que considero merecedora de uma análise e reflexão mais aprofundadas. A questão abordada será o papel do Enfermeiro enquanto canal, mediador e facilitador da comunicação entre outros elementos da equipa multidisciplinar, em particular os médicos.

São objectivos deste documento:

- Elaborar documento de avaliação da supra-referida Unidade Curricular;
- Realizar um documento de consulta futura;
- Compreender melhor o papel do enfermeiro na questão abordada;
- Registar o percurso de aprendizagem efectuada.

A metodologia utilizada será expositiva e descritiva, assente nas reflexões efectuadas sob os conhecimentos adquiridos na frequência do Curso, estágio e na bibliografia consultada.

Será utilizada, a título consultivo, sem vínculo organizacional, o guia para a reflexão estruturada de Santos & Fernandes (2004, p.61) apresentado no **Anexo II**.

1. REFLEXÃO ESTRUTURADA

Como já foi referido, o Ciclo Reflexivo de Gibbs será utilizado como estrutura desta reflexão. Consiste num processo de seis etapas que serve como guia orientador do processo reflexivo através da resposta a uma série de perguntas chave em cada ponto.

1.1. Descrição e Análise

1.1.1. Descrição

A reflexão a que me proponho não é acerca de um acontecimento mas sim de uma série de. A descrição não será feita com base numa situação mas procurará retratar uma situação tipo.

O local de evento é a Urgência Central do Hospital Universitário. É uma urgência polivalente integrada num hospital universitário. Admite uma média e 650 doentes diariamente, com uma equipa de enfermagem de 18 elementos e 30 médicos, ambos em permanência, ao que se soma uma série de outro pessoal clínico dos quais devo realçar os pertencentes a várias especialidades médicas e cirúrgicas de apoio. Como tal pode-se considerar uma equipa extensa.

Encontrava-me na qualidade de aluno em estágio, com duração de 5 semanas, inserido no programa definido do Curso de Mestrado já referido. Este estágio tinha como objectivos principais a colheita de dados para um projecto anteriormente delineado e a prestação de cuidados de Enfermagem com tendência para a aquisição de autonomia nos mesmos, e, com o propósito final, de adquirir competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa Em Situação Crítica.

Focando-me no objectivo da prestação de cuidados de forma autónoma, procurei desde cedo o seu atingimento, mas debati-me durante algum tempo com a teia de particularidades administrativas, burocráticas e comunicacionais, cuja dificuldade advinha da sua complexidade devida à dimensão do serviço.

O meu estágio era acompanhado por um enfermeiro do serviço, na qualidade de orientador, que me prestava todo o apoio necessário. Algumas vezes ele complementava os meus cuidados, sendo que a maioria delas relacionavam-se com o

alertar outros profissionais, principalmente de especialidades médicas, para a necessidade de (re)observação de um doente que já havia sido pedida ou planeada.

1.1.2. Sentimentos

Os meus sentimentos nessas alturas eram duais. Por um lado sentia-me seguro em relação aos cuidados de Enfermagem que prestava, o que era elemento de satisfação, por outro, sempre que o meu orientador alertava alguém para (re)observação do doente, sentia que alguma coisa me estava a falhar.

Por vezes achava que a preocupação parecia um pouco exagerada, mas o meu orientador passava-me sempre a ideia que era algo necessário.

Compreendo que, com apenas 2 a 4 semanas de estágio, não seria espectável que pudesse compreender e dominar todos os canais de comunicação ou encetar todas as necessárias. Não conhecia o serviço assim tão bem, nem os seus profissionais. Mas sempre fui exigente para com o meu trabalho e teria de contemplar a necessidade de aquisição da competência relacionada.

1.1.3. Avaliação

Os acontecimentos em causa resultaram em várias experiências, consoante a tipologia e situação do doente inerente a cada uma, mas tinham como denominador comum a agilização dos cuidados de saúde em geral ao mesmo. Quando estamos perante doentes em situação crítica, ou seja, em risco de falência multiorgânica, a rapidez com que se avalia, identifica e implementa os cuidados necessários pode ser, e normalmente é, crucial. O papel de facilitador da comunicação entre profissionais resultou em ganhos para o doente.

Por outro lado, nem sempre era possível ao enfermeiro orientador dedicar imediata atenção a este aspecto dos cuidados. Sendo impossível avaliar os prejuízos para o doente, não se pode colocar como impossibilidade que tenham ocorrido sempre que outras prioridades se tenham sobreposto e mais ninguém se houvera apercebido desta necessidade.

1.1.4. Análise

A maioria das situações, em que era necessária a intervenção do enfermeiro como ponte comunicacional entre profissionais, enquadrava-se em (re)observações sem carácter urgente ou emergente mas cuja pendência prolongava a permanência do doente no serviço. Tratava-se de garantir cuidados com qualidade e assegurar que outros doentes teriam acesso a esses cuidados, mantendo o serviço descongestionado.

A segunda semana de estágio foi o ponto temporal em que me apercebi da ocorrência deste tipo de situações. Considero que foi atempada. No meu local de exercício profissional, em que o número de intervenientes na prestação de cuidados é menor, a comunicação interprofissional é tendencialmente mais fácil e a cadeia de informação mais curta, pelo que não existe necessidade de os enfermeiros estarem permanentemente atentos a esta problemática. Por essa altura também percebi que era uma postura e preocupação recorrente no meu enfermeiro orientador e que ele se encontrava desperto para o facto por experiências anteriores.

A constante preocupação do meu orientador, de certa forma, contribuiu para que a minha tomada de consciência da fulcralidade do cuidado em discussão fosse mais tardia do que gostaria. Inconscientemente cria que não necessitava de interiorizar no imediato este aspecto no meu plano de cuidados, aumentando a sua complexidade num serviço que ainda não conhecia ao ponto de me sentir completamente à vontade.

A determinada altura, no fim da terceira semana, um evento alterou a minha postura. Após 4h de admissão na Sala de Reanimação, um doente aguardava decisão clínica. Havia sido observado por Cirurgia, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Córdio-Torácica e novamente por Cirurgia e não se havia chegado a conclusão alguma acerca do diagnóstico e destino a dar ao doente. Este, politraumatizado, com Glasgow 5-6 e com TET em ventilação espontânea sem sedação, aguardava por isso na Sala de Reanimação. Por acaso, ao rever notas de enfermagem, tive necessidade de consultar as notas médicas onde, 2h antes, a Neurocirurgia, apesar de não haver sinais exteriores ou imagiológicos de Traumatismo Craneoencefálico, aconselhava transferência para Cuidados Intensivos e monitorização da PIC, o que veio a acontecer após alerta, da equipa de Cirurgia, para o facto.

A partir dessa altura iniciei um processo de aumentar o meu grau de alerta para as situações referidas. Não podia esperar que o meu orientador nunca falhasse neste

aspecto, assim como não posso esperar que eu nunca falhe, e, por isso, acredito que seja necessário que este cuidado de enfermagem seja incorporado por todos os enfermeiros, em prol da qualidade de cuidados de saúde em geral.

1.2. Reflexão

Acredito que este tipo de situações ocorram mais facilmente em ambientes com equipas multidisciplinares amplas, em que a comunicação seja mais dificultada pelo facto de a mensagem atravessar mais receptores, no entanto não será de descartar que possam acontecer em qualquer outro ambiente.

Numa outra perspectiva, não deixou de me intrigar porque dentro de uma mesma equipa profissional a comunicação se mostrasse difícil ou ineficaz. Que entre diferentes profissões existam algumas dificuldades de relação e comunicação é inteligível, mas dentro da mesma classe profissional a causa é, provavelmente, mais difícil de ser encontrada.

1.2.1. Conclusão

A prestação de cuidados de saúde num Serviço de Urgência é uma actividade multiprofissional que envolve diferentes competências, de vários elementos, que convergem num objectivo único, que é prover o doente com os apoios necessários a que este ultrapasse, com o maior sucesso possível, a fase de doença ou a sua agudização. Torna-se tanto mais complexa quanto a gravidade da situação de saúde do doente e quanto maior o número de profissionais envolvidos.

Existe um consenso, quer empiricamente quer comprovado cientificamente, que os profissionais de saúde necessitam de trabalhar em equipa como condição *sine quo non* de prover cuidados de saúde de qualidade e, assim, obterem os melhores resultados com o menor prejuízo para o doente. Uma componente essencial no trabalho em equipa é a comunicação. Actualmente encontramos vários canais de comunicação de que são exemplo as vias escrita, informática ou em papel, pessoal ou via telefone ou Bip.

Nas situações em reflexão o denominador comum foi a falha de comunicação, maioritariamente entre profissionais da mesma classe, mas também interprofissional,

possivelmente por existir uma sobrevalorização da comunicação escrita que não terá chegado devidamente ao receptor pretendido. Não tenho dúvidas que, se nessas comunicações, tivesse sido utilizado complementarmente a comunicação verbal, directa ou telefónica, a sua grande maioria não existiria.

Os enfermeiros necessitam de estar despertos para esta problemática uma vez que “...estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados, as enfermeiras têm possibilidade de prevenir e detectar erros...” (Benner, 2001, p.161). Isto implica que o enfermeiro deve sempre manter uma visão holística do doente, implicando, inerentemente, uma atenção ao que os outros profissionais observam, registam e comunicam, seja por que canal for. O conceito de visão holística não será estranho a nenhum enfermeiro, é abordado na formação de base, treinado na mesma, e necessário em muitos dos cuidados prestados enquanto profissional, pelo que, com a consciencialização e treinos adequados e sistematizados, não será impossível incorporar no plano de cuidados a mediação e facilitação da comunicação na equipa multiprofissional.

A cada vez maior especialização médica pode ter contribuído para as dificuldades de comunicação entre profissionais médicos. Num modelo já de si biomédico, que segmenta o doente em cuidados a órgãos, se juntarmos um grande corpo de competências comuns dessas especialidades, inevitavelmente assistimos a diferendos sobre o imediatamente importante para o doente, em que cada um tenta demonstrar a sua razão e prevalecer a sua opinião. Estes diferendos dificultam a comunicação directa e muita da comunicação entre especialidades médicas é assente na escrita. Além da perda de pormenores eventualmente importantes, pode ser perdida a sua recepção.

O enfermeiro não deve ter receio de assumir o papel de mediador, facilitador ou mesmo de canal de comunicação. Além de estar previsto nas suas competências e de ser o elemento melhor colocado e preparado para o fazer, pode, assim que interiorizado, facilitar em muito as suas acções interdependentes e independentes. E, em última análise, ganha o doente. Não é esse o objectivo do nosso trabalho enquanto enfermeiros?

1.2.2. Plano de Acção

O primeiro passo para a diminuição da ocorrência destas situações é a sua identificação. Uma vez identificadas importa reflectir sobre elas e perceber a sua causa provável. O terceiro passo é o enfermeiro interiorizar a necessidade de agir como facilitador e/ou canal de comunicação entre profissionais. Estes passos foram por mim dados ainda no local de estágio.

Compete-me agora consolidar e treinar este aspecto, e não o fazer depender do ambiente, mais ou menos complexo, em que me encontre a exercer. Eventualmente, em qualquer local ou situação, irá ser necessária esta competência. A comunicação será sempre intrínseca e necessária em qualquer equipa e esta será, espero, sempre denominador comum de qualquer cuidado de saúde em urgência.

“Quando existe uma boa comunicação entre os médicos e as enfermeiras e prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia.” (Benner, 2001, p.169)

Não posso deixar de considerar a conjuntura actual, e possivelmente futura, de sobrecarga dos serviços de urgência, quer seja por excesso de doentes quer por desadequação de recursos humanos afectos. Incorporar mais um cuidado de enfermagem, ainda que o considere importante, no plano de cuidados, não parece tarefa sem dificuldade. Pode-se ainda conjecturar sobre a disponibilidade de tempo que os enfermeiros terão para executar, de forma sistemática, o papel de dinamizador e facilitador comunicacional. Acredito que, tal como qualquer outro cuidado de enfermagem que se inclua num plano, este também deverá estar sujeito a uma análise de prioridade. O importante não será executá-lo sempre, mas sim ter consciência dele e executá-lo com a prioridade devida, nunca o menosprezando ou negligenciar. Desta forma, e caso a caso, ao executá-lo com a necessária prioridade, podemos ter a certeza que existirão ganhos para o doente e para os cuidados prestados, de enfermagem e de saúde em geral.

“Quando a sobrecarga de trabalho é demasiado significativa, a enfermeira deve avaliar rapidamente os cuidados mais cruciais e as necessidades de vigilância: ler o dossier, estabelecer prioridades e mudá-las frequentemente.” (Benner, 2001, p.181).

2. CONCLUSÃO

Enquanto aluno em estágio, mesmo que o objectivo seja a prestação de cuidados de enfermagem de forma autónoma, não será espectável que, em poucas semanas, domine todas as questões relativas a um serviço que desconhecia até então. Este facto será mais notório se esse serviço for claramente um ambiente complexo. Também é verdade que o aluno em causa é de Mestrado e será assim esperada uma outra capacidade de adaptação e de prestação de cuidados, mas mesmo um enfermeiro perito pode passar a principiante ao mudar de serviço.

O importante é, nas situações que se vão deparando, procurar reflectir e tentar compreender porque acontecem. Apesar de ter reflectido na altura devida, não posso deixar de considerar que este documento, ao obrigar à sistematização dessa observação, fez apresentar outros pontos que ainda não havia considerado.

Saiu reforçada a minha convicção, partilhada com Lewis Thomas (1983) que “...descreve a enfermeira como o cimento que solda o sistema complexo de cuidados no meio hospitalar. Vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados distribuídos por todos os membros da equipa médica, assim como organizar e distribuir as tarefas são a composição do cimento invisível que faz funcionar o sistema.” (Benner, 2001, p.194).

Mesmo considerando que a actual conjuntura dos serviços de urgência não facilita a extensão do plano de cuidados de enfermagem além do prioritário, o cuidado discutido pode ser, muitas vezes, assim considerado. Indispensável é que seja consciencializado como cuidado e assim sempre considerado no plano de cuidados.

“Hoje, a enfermeira é um profissional clínico – um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo prazo.” (Benner, 2001, p.201).

3. BIBLIOGRAFIA

SOVERAL, M. (1996). *O sujeito em formação - desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da - relação pedagógica*. Lisboa, UNL. Tese de Mestrado. On-line - http://run.unl.pt/bitstream/10362/284/1/soveral_1996.pdf (acedido em 20/12/2011, 12h34m)

UNIDADE CURRICULAR SUPERVISÃO CLÍNICA (Apresentação em Power Point – *A Supervisão Clínica em Enfermagem: conceitos e elementos Centrais*). Professora Maria Helena Silva. ESEL, 2011.

JASPER, M. (2003) – *Beginning Reflective Practice*. Reino Unido: Nelson Thornes, Ltd. ISBN 0 7487 7117 4

UNIDADE CURRICULAR SUPERVISÃO CLÍNICA (Apresentação em Power Point – *Capacidade reflexiva e desenvolvimento pessoal/profissional em enfermagem*). Patrícia Alves. ESEL, 2011.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda (2004) – *Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Referência*. Nº 11. (Março de 2004). Págs. 59-62.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001. ISBN: 972-8535-97-X.

ANEXOS

Anexo I

Ciclo de Gibbs

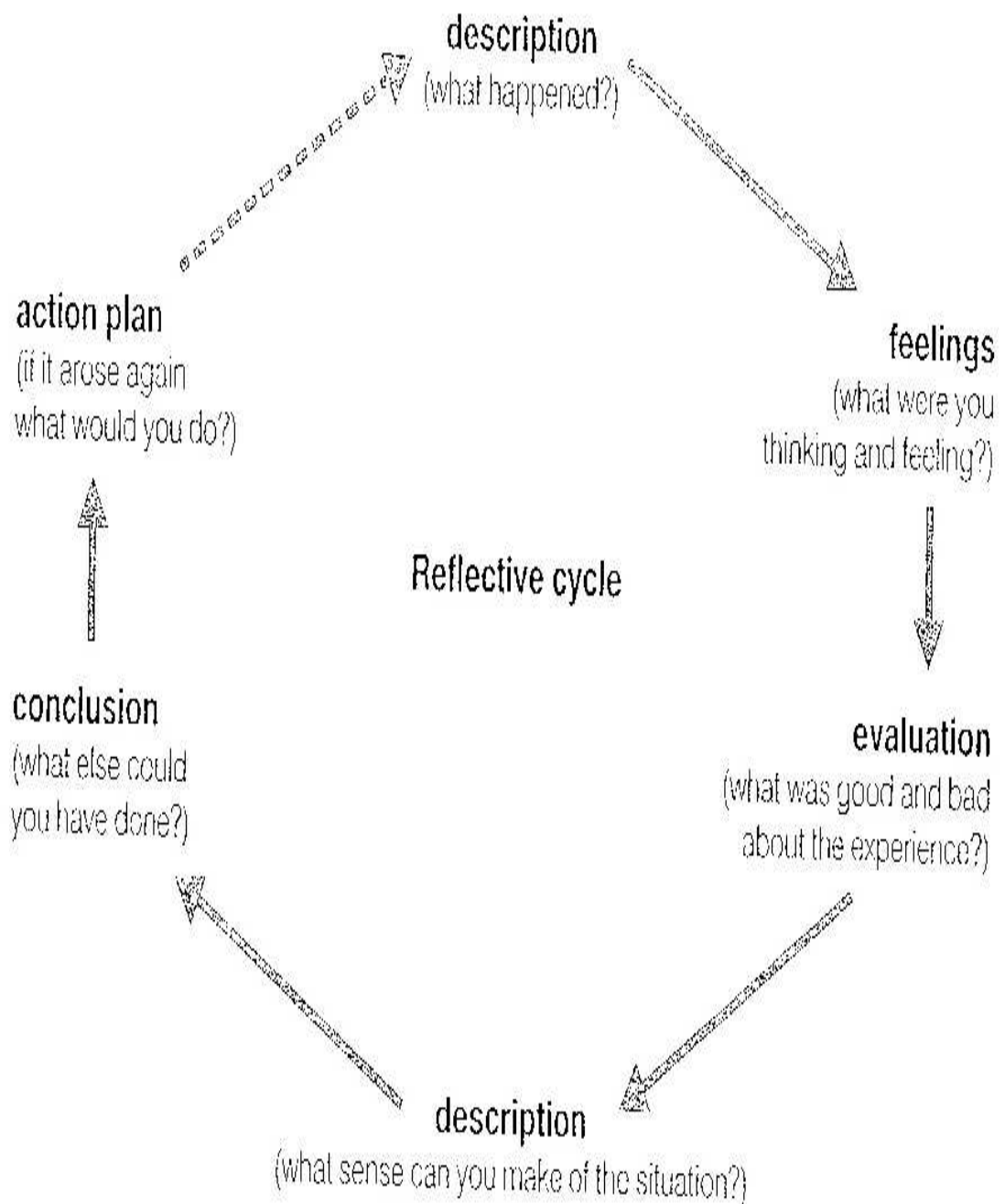


Figure 3.1 Gibbs's reflective cycle (1988)

em *Beginning Reflective Practice* (1996)

Anexo II

Guia de Reflexão Estruturada

Etapas	Questionamento	Indicadores de realização
1. Descrição da situação tal qual é percebida: <i>descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação (criança e família).</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O que é que aconteceu? - Em que local e com que pessoas? - Quais as características da situação? - O que é que se passou comigo? - O que fiz e como o fiz? - Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento? - O que é que eu senti? 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve uma situação de desconforto considerando: <ul style="list-style-type: none"> - características da situação. - circunstâncias em que ocorreu. - acções realizadas pelo próprio. - sentimentos e pensamentos pessoais presentes. - Explicita a natureza do desconforto, centrado em si mesmo.
2. Reflexão: <i>Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças e pressupostos subjacentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa prática (situação).</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O que é que tentei fazer? - O que é que eu pretendia com as minhas acções? - Porque razões agi como agi? - Quais as consequências/implicações das minhas acções para a criança e a família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho? - Como é que esta situação me afecta? - O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)? - O que pensam as pessoas envolvidas, da situação? Quais os seus propósitos e intenções? - Quais os consensos presentes no contexto? - Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação? - Como é que a criança e a família se sentiram? - Como é que sei como é que eles se sentiram? - Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções? - O que diz a teoria acerca da situação em causa? 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisa os factores presentes na situação: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factores pessoais:</i> Acções – razões, intenções e implicações para o próprio e pessoas envolvidas. • <i>Factores contextuais:</i> Crenças subjacentes às práticas – perspectivas das pessoas envolvidas. • <i>Factores contextuais:</i> Pressupostos normativos – protocolos, normas e/ou critérios de actuação existentes • <i>Factores contextuais:</i> Conhecimento teórico actual. - Pesquisa bibliográfica acerca dos aspectos significativos da situação.
3. Síntese/Avaliação da reflexão realizada: <i>Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e construção da nova perspectiva da situação.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Existem algumas <i>distorções, inconsistências ou incongruências</i> entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito? - Que sentido atribuo a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura? - O que mudou na minha forma de conhecimento na prática empírica, ética, estética e pessoal? - Revendo a experiência, em que é que eu mudei ou me desenvolvi? 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz síntese de confronto de perspectivas: distorções/incongruências presentes. - Avalia a situação inicial: Juízo tendo em conta a natureza das distorções/incongruências. - Desenvolve uma nova perspectiva sobre a sua conduta futura.

Apêndice 12

Reflexão Individual H. Universitário

SUMÁRIO

Pág.

0. INTRODUÇÃO	3
1. REFLEXÃO ESTRUTURADA	5
1.1. Descrição e Reflexão	5
1.1.1. Fenómeno	5
1.1.2. Causa	6
1.1.3. Contexto	6
1.1.4. Reflexão	7
1.2. À Luz da Experiência Adquirida	10
1.2.1. Acções Alternativas	10
1.2.2. Aprendizagem	12
2. CONCLUSÃO	13
3. BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	15
Anexo I – Ciclo de Johns	
Anexo II – Guia de Reflexão Estruturada	

0 - INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Ensino Clínico encontra-se inserida no programa de estudos do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, que me encontro a frequentar. A avaliação desta unidade inclui a realização de uma reflexão individual acerca da experiência vivida nos diversos campos de estágio, sendo esta relativa ao Serviço de Urgência do Hospital Universitário e que dará corpo a este documento.

Silva e Sá-Chaves (2008, p.722) consideram que “...é fundamental estimular, no estudante em formação, o desenvolvimento da sua capacidade para compreender, global e sistemicamente, os problemas que a especificidade dos contextos e das respectivas circunstâncias lhes colocam.”. Esta afirmação adquire especial relevância se a envolvimento contextual e circunstancial de uma experiência se afigurar substancialmente diferente da vivida no quotidiano profissional. A premissa torna-se então válida uma vez que a realidade de um Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Universitário é consideravelmente diferente da de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um Hospital Distrital, meu local de trabalho.

Pretende assim, este documento, ser o concretizar de uma reflexão estruturada acerca dos aspectos que considero mais importantes no meu percurso no estágio referido, preferencialmente dentro da temática do Projecto de Estágio que elaborei e que tento colocar em prática.

São objectivos deste documento:

- Elaborar documento de avaliação da supra-referida Unidade Curricular;
- Realizar um documento de consulta futura;
- Compreender melhor o meu percurso no referido estágio, estabelecendo pontos a manter e pontos a melhorar, bem como novos a introduzir;
- Registar o percurso de aprendizagem efectuada.

A metodologia utilizada será expositiva e descritiva, assente nas reflexões efectuadas sob os conhecimentos adquiridos na frequência do estágio e na bibliografia consultada.

A organização do documento será baseada nas fases do Ciclo de Johns (Johns, 1998, em APP Alves, Patrícia 2011, s.43), exposto no **Anexo I**, em que os 4 primeiros subcapítulos descreverão o acontecimento e o que foi reflectido, e os 2 últimos resultarão das conclusões obtidas.

Será utilizada, a título consultivo, sem vínculo organizacional, o guia para a reflexão estruturada de Santos & Fernandes (2004, p.61) apresentado no **Anexo II**.

1. REFLEXÃO ESTRUTURADA

O ser humano é o ser conhecido que maiores capacidades de memorização e racionalização possui, permitindo-lhe revisitar mentalmente locais e situações já passados com alguma fiabilidade. Quando o faz diz-se que recorda, quando o procura entender diz-se que reflecte. Mas a simples reflexão pode não ser suficiente para uma tomada de consciência de todo o quadro. Santos & Fernandes (2004, p.60), analisando Perrenoud (2002), referem que “...para se extrapolar uma intervenção reflexiva baseada no sentido comum e na inteligência profissional, é preciso passar para uma forma mais estruturada de análise das práticas e dos *habitus*, assim como de análise das competências presentes em toda a actividade.”

Foi minha escolha organizar este capítulo introduzindo as nomenclaturas do Ciclo Reflexivo de Johns.

1.1. Descrição e Reflexão

1.1.1. Fenómeno

Iniciei a frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica em Outubro de 2010, estendendo-se este por 3 semestres, o último dos quais dedicado a Ensino Clínico, que constitui a última unidade curricular do referido curso. Esta é desenvolvida em contexto de trabalho, sob a forma de estágio, visando a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, quer gerais, quer específicas na área de especialização.

As competências referidas serão adquiridas através de dois grandes grupos de intervenção: a prestação de cuidados ao doente crítico e a implementação de um projecto inovador que, no meu caso, é dedicado ao tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”. Os estágios e o projecto serão alvo de um relatório a executar no final do curso.

O estágio no Serviço de Urgência do Hospital Universitário decorreu entre 10 de Outubro e 10 de Novembro. Foi-me atribuída orientação através de um enfermeiro do serviço, a quem foram fornecidos os objectivos do estágio, e fui assim integrado na

equipa do mesmo, com atribuição conjunta, de forma preferencial, de sectores com maior casuística na abordagem de doentes críticos, Sala de Reanimação e SO.

Concomitantemente foram colhidos dados, através de instrumentos por mim elaborados, visando a caracterização do trabalho em equipa (grelha de observação) e das necessidades de formação nessa área descritas pelos profissionais (questionário a médicos e Enfermeiros).

1.1.2. Causa

A literatura científica consultada, aquando da elaboração do Projecto, aponta uma relação entre a formação interdisciplinar sobre trabalho em equipa e o efectivo desenvolvimento de competências nessa área por parte dos formandos, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados.

O projecto desenvolvido pretende, em última análise, identificar as práticas que melhor possam contribuir para a implementação de formação interdisciplinar em trabalho em equipa na urgência, bem como os obstáculos encontrados, de modo a otimizar a abordagem do doente crítico. Na perspectiva de validar essas práticas e obstáculos foram planeadas colheita de dados e prestação de cuidados em três serviços de Urgência diferentes na sua tipologia. Foram escolhidos os serviços de Urgência do Hospital Distrital, médico-cirúrgica, do Hospital de Universitário, polivalente e num hospital universitário, e do Hospital de Central, polivalente.

O Serviço de Urgência do Hospital Universitário significaria, empiricamente, o expoente máximo de complexidade mercê da sua dimensão física e humana, do número de especialidades e dos recursos académicos e formativos existentes. Numa perspectiva mais alargada importa referir que este hospital tem um Departamento de Formação centralizado que gere a formação a nível de todo o hospital e que desde a década de 70 tem um núcleo de formação multidisciplinar.

1.1.3. Contexto

O Serviço de Urgência do Hospital Universitário é polivalente, inserido num hospital central que acolhe como parceiros, e nele, de certa forma, integrados, uma Faculdade de Medicina e uma Escola Superior de Enfermagem.

Diariamente, em média, são admitidos 650 utentes, atendidos por 18 enfermeiros por turno e 30 médicos (13 da área de Cirurgia, 13 da área de Medicina e 4 de Ortopedia), dispondo ainda da colaboração de especialidades de Neurologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia e Pneumologia. Possui ainda um Bloco Operatório de Urgência integrado.

Em termos de recursos físicos divide-se em 5 grandes sectores: Laranjas, Amarelos, Verdes e Azuis (estes 3 denominados pela cor atribuída na Triagem de Manchester), Pequena Cirurgia e Ortopedia e Serviço de Observação (SO). Estes são complementados por uma Sala de Directos equipada para Trauma e uma segunda para emergências médicas. O SO tem capacidade para 16 utentes.

Os 18 enfermeiros são distribuídos por 13 sectores: Triagem (2), Triados (1), Sala Directos 1 (1), Sala de Directos 2 (1), S. Tratamentos 1 (1), S. Tratamentos 2 (1), Sala MCDTs (1), SO (5), S. Aerossóis (1), Pequena Cirurgia (1), Gabinete A (1), Recobro (1) e Chefe de Equipa (1).

Após a admissão, o utente é triado e, consoante a queixa, é atribuída uma prioridade e encaminhado para a especialidade devida, Medicina, Cirurgia ou Ortopedia, e seguidamente encaminhado para outra se necessário. O utente em situação crítica é encaminhado para uma das salas de reanimação ou directamente para o SO conforme a 1ª avaliação médica. O encaminhamento para a sala de reanimação pode ser decidido pelo enfermeiro que primeiro abordar o doente.

O Hospital Universitário aparentou possuir uma boa capacidade de internamento demonstrado pelo espaço de tempo, em média, de permanência dos doentes em SO, que, empiricamente, poderia ser quantificado como não chegando a 24h.

Resta acrescentar que, diariamente, se encontram no SU, vários alunos das diversas especialidades médicas e de Enfermagem.

1.1.4. Reflexão

O primeiro contacto com o local de estágio originou em mim preocupação, sentimento que se sobrepôs a qualquer outro, motivada pelas dimensões do serviço, quer físicas quer da quantidade de profissionais envolvidos. A minha experiência profissional na Urgência do Hospital Distrital “programara-me” para apoiar os cuidados numa visão global do serviço, possível mediante as pequenas dimensões físicas do

mesmo e o número de doentes em permanência, que permitem uma distribuição concentrada e quase sempre ao alcance do olhar. O facto de perder essa visão global e ter que a centralizar num sector específico foi um processo que, inicialmente senti quase como que *“contra natura”*. A insegurança gerada motivou essa preocupação, acrescentada pelo desconhecimento dos procedimentos administrativos e burocráticos, bem como das equipas e suas dinâmicas.

O impacto inicial acima descrito compeliu-me a traçar objectivos intermédios e a dividir as minhas acções, bem como os seus tempos de concretização.

A prestação de cuidados

A prestação de cuidados ao doente crítico foi por mim eleita como primeira prioridade. Num ambiente novo, e ainda desconhecido, era a área em que me sentia mais seguro, apoiado na minha experiência profissional, e onde os meus conhecimentos mais facilmente podiam ser mobilizados. Os objectivos foram conseguir, o mais rapidamente possível, alguma autonomia nos cuidados de enfermagem prestados e desta forma merecer a confiança quer do meu orientador quer da restante equipa de enfermagem. O facto de o sistema informático ser conhecido facilitou a prossecução destes objectivos.

Julguei então que seriam reunidas as condições para tentar uma efectiva integração na equipa de Enfermagem, que começou a acontecer a partir da segunda semana. A autonomia e confiança obtidas foram os facilitadores para que fosse considerado como elemento, não no sentido restrito de responsabilidade por sector, mas sim no sentido alargado de ser alguém a quem poderiam recorrer se necessário. A partir desse momento a partilha de experiências e conhecimentos foi uma constante, motivando discussões e trocas de ideias que acredito terem sido benéficas para todos.

Noutra perspectiva, o facto de a equipa de Enfermagem em que me encontrava inserido ser relativamente jovem, mais de 60% eram mais novos que eu e menos experientes profissionalmente, acentuou a facilidade com que me começaram a encarar como elemento válido para partilha de dúvidas, opiniões e conhecimentos.

No que respeita à relação com a equipa médica a evolução foi mais complicada e morosa. Esperava que a integração na equipa de enfermagem facilitasse de alguma

forma os contactos e produtividade das interacções com os médicos, mas tal não se verificou. Durante o estágio existiu sempre o sentimento que o facto de estar identificado como aluno seria uma barreira na relação com a equipa médica. Por diversas vezes iniciava-se a comunicação mas, assim que era percebido que me encontrava no serviço na qualidade de aluno, esta era interrompida e solicitada a presença do enfermeiro responsável pelo sector ou doente. Por outro lado existiu de minha parte uma certa dificuldade em reconhecer todos os elementos da equipa médica, quer pela sua dimensão quer por falta de identificação visível. Estas dificuldades apenas se amenizaram na última semana de estágio.

A consequência inerente e óbvia das dificuldades referidas foi uma comunicação interdisciplinar ineficaz que condicionou a prestação de cuidados na sua globalidade, ainda que sem implicações graves pois, em situações mais complicadas ou de resolução mais premente, o valor de protecção do doente sempre se sobrepôs. A abordagem do doente crítico foi uma dessas situações, sendo que nessas alturas nunca senti que a qualidade de aluno fosse valorizada acima da qualidade de profissional em Enfermagem.

Concluo que o facto de, diariamente, existirem alunos médicos e de enfermagem em diversos níveis de formação contribuiu para uma diferenciação formal relativamente rígida, por vezes difícil de ultrapassar.

A Colheita de Dados

A colheita de dados sobre as percepções dos profissionais médicos e de enfermagem acerca do trabalho em equipa e das necessidades de formação nessa área, mediante aplicação de questionário, esteve suspensa até ao final do estágio aguardando autorização das Direcções Clínica e de Enfermagem, pelo que foi um aspecto que passou para segundo plano, embora fosse tentando perceber, em conversas informais, a opinião dos elementos da equipa.

Entretanto, com a utilização da grelha de caracterização do trabalho em equipa autorizada, fui efectuando o seu preenchimento. Esta foi uma das actividades de maior índice de dificuldade de gestão. Senti que adoptava uma posição dicotómica, por um lado tentava integrar a equipa e nas situações em que preenchia a grelha “afastava-me” da mesma e adoptava uma postura de observador, para não influenciar a dinâmica

de equipa e para melhor a poder caracterizar, sem risco de perder pormenores. Com o tempo o mal-estar interior provocado por esta dicotomia amenizou-se uma vez que compreendi que, se a minha colaboração não era necessária ou era dispensada pelo *team leader*, a melhor forma de colaboração seria a caracterização para eventual correcção de erros no futuro. A acção era a mesma mas a forma como a situamos e compreendemos modifica o que sentimos em relação a ela.

Na última semana tive a autorização para aplicação dos questionários, que decorreu sem problemas. Sem ter ainda os dados trabalhados, ao efectuar a sua codificação, detectei algo não posso deixar de referir e que considero curioso, até um pouco inesperado. Apesar das diferenças em dimensão, complexidade e recursos da Urgência do Hospital Universitário quando comparada com a Urgência do Hospital Distrital, os seus profissionais, maioritariamente, identificaram três áreas essenciais para um efectivo trabalho em equipa, o bom ambiente, a comunicação eficaz e os recursos, bem como, da mesma forma, maioritariamente identificaram necessidades formativas em trauma, algoritmos de suporte avançado de vida e trabalho em equipa. Apesar das diferenças, os problemas e necessidades identificados em ambas as urgências são sobreponíveis, dando possível indicação que estamos perante um problema não só estrutural mas de formação pré e pós graduada médica e de enfermagem.

1.2. À Luz da Experiência Adquirida

Apesar de considerar que, globalmente, os objectivos do estágio foram atingidos, da experiência e, principalmente, das dificuldades sentidas, resultam algumas considerações mandatórias.

1.2.1. Acções Alternativas

Se temporalmente fosse possível, este estágio deveria ter mais uma a duas semanas de duração. O sentimento de integração na equipa multidisciplinar só foi mais efectivo no final da penúltima e última semanas. A quantidade de profissionais a exercer na Urgência de Universitário não permite que o conhecimento, e inerentemente

a confiança, se obtenha em pouco tempo, fazendo desta variável condição para atingir o objectivo.

Numa outra perspectiva, se tivesse conhecimento dos tempos necessários para autorização do uso dos questionários, poderia tê-la tentado obter mais cedo. A aplicação dos questionários foi uma boa forma de informar a equipa multidisciplinar acerca dos meus objectivos e, dessa forma, apresentar-me aos seus elementos. Esse conhecimento poderia ter trazido benefícios comunicacionais e relacionais com a equipa médica.

O estágio na Urgência do Hospital Universitário pautou-se por uma alternância entre o SO e a Reanimação. Considerando que a maioria dos elementos, principalmente entre os médicos, que participam na abordagem do doente crítico se encontram maioritariamente no SO, penso que teria sido proveitoso centrar as primeiras semanas no SO, e assim travar conhecimento com os diversos profissionais, e as últimas semanas na Reanimação onde iria encontrar esses mesmos elementos já com um grau de identificação maior.

No seguimento do parágrafo anterior, a menor alternância e maior estabilidade dos sectores poderia ter ajudado a identificar mais cedo um outro factor que considero importante. A quantidade de especialidades médicas que observam alguns doentes, coadjuvada por alguma dificuldade na tomada de decisão por parte da equipa multidisciplinar médica, colocam, por vezes, o doente a aguardar observação e decisão por parte de uma ou mais especialidades. Neste ponto a intervenção do enfermeiro pode ser preponderante no agilizar deste processo, muitas vezes servindo de canal de comunicação e decodificador das várias mensagens. Esta actividade de gestão de cuidados em enfermagem é executada pela maioria dos enfermeiros no Serviço de Urgência do Hospital Universitário de forma natural, mas para alguém, como eu, cuja experiência profissional não o exige, pode ser difícil de identificar. Esta identificação pode ser facilitada, e a actividade mais treinada, se existir alguma estabilidade inicial no sector atribuído, especialmente em SO em que é mais visível e necessária.

1.2.2. Aprendizagem

O sentimento dominante no final do estágio na Urgência do Hospital Universitário é, sem dúvida de satisfação. Por um lado, a satisfação de ter atingido globalmente os objectivos e, por outro, a satisfação de ter obtido novos conhecimentos e competências.

A autonomia na prestação de cuidados de enfermagem foi atingida, com excepção de alguns pormenores de funcionamento administrativo e burocrático, que não tiveram grande reflexo no desempenho global.

A colheita de dados foi efectuada em tempo útil, e estes podem vir a ser utilizados e úteis na prossecução do projecto e seu relatório, reconhecendo que uma maior agilidade no processo poderia ter facilitado a integração.

O maior contributo, em termos de competências adquiridas, foi a capacidade de utilizar uma visão global do sector e dos doentes sob a minha responsabilidade, e de compreender a sua importância. Sendo virtualmente impossível a visão global de um serviço tão extenso ser obtida sem prejuízo da dos doentes do sector atribuído, esta última assume particular relevância no contexto da extensão da equipa multidisciplinar e suas especialidades, pois caberá ao enfermeiro o papel de facilitador e coordenador das interacções entre profissionais.

A casuística existente exigiu algumas revisões de farmacologia e fisiopatologia, especialmente em Cirurgia e Ortopedia, bem como de alguns procedimentos e técnicas de enfermagem nestas áreas, que não eram mobilizados há algum tempo. Por outro lado também tive de adquirir e procurar novos conhecimentos nas áreas referidas.

Por último uma referência aos recursos existentes. Os recursos humanos, materiais e físicos disponíveis na Urgência do Hospital Universitário ultrapassam, em muito, os existentes no Hospital Distrital. Habitado a tentar fazer igual com menos, não posso deixar de concluir que é óptimo trabalhar com os mais variados recursos à disposição. No entanto tal acarreta responsabilidades e, da mesma forma, dificuldades. Quando em posse dos recursos necessários não existe razão para não se executar cuidados de qualidade, pelo que o tempo disponível deverá ser obrigatoriamente pautado sob esta visão, em detrimento da produção numérica de cuidados ou do executar os cuidados essenciais. Esta perspectiva implica uma maior responsabilização individual pelos cuidados prestados, além da responsabilidade intrínseca aos mesmos.

2. CONCLUSÃO

“Descrever a experiência é um instrumento útil para a reflexão pois desenvolve a capacidade de explicitação dos saberes implícitos na acção.” (Schon, 1991, em APP Alves, Patrícia, 2011, s.46). Esta foi a pedra de toque deste documento, fornecer e explicitar informações sobre o decorrido, quando decorreu e porquê decorreu, deixando também o implícito mais explícito através da compreensão.

A reflexão deve ter vários níveis, crescentes em complexidade e em potencial gerador de mudança. Segundo Schon (1998), citado por Alarcão (1996), o profissional deverá ter **conhecimento na acção**, demonstrado na execução, **reflexão na acção**, durante a execução, e **reflexão sobre a acção**, em que retrospectivamente reflecte sobre os actos, mas para progredir no seu desenvolvimento e construir a sua forma pessoal de conhecer, de modo a determinar acções futuras e a compreender futuros problemas, bem como novas soluções, deve ser capaz de **reflectir sobre a reflexão na acção**. Foi esta última fase que procurei exercitar, e assim, com as conclusões, melhorar e evitar os mesmos erros no próximo estágio integrante do Ensino Clínico.

A importância da reflexão foi por mim reconhecida há algum tempo e sempre a procurei exercitar desde então, mas tenho que reconhecer que uma abordagem reflexiva sistematizada obriga a reflectir sobre o reflectido e daí normalmente surgem novos indicadores e conhecimentos. Reconheço que neste último capítulo da reflexão ainda me considero principiante e pouco praticante, mas com intenção de mudar.

Espero ter atingido os objectivos propostos para este documento, com a consideração que em termos pessoais e profissionais a sua realização me foi bastante útil.

3. BIBLIOGRAFIA

SILVA, R.F.; SÁ-CHAVES, I. Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.721-34, out./dez. 2008.

UNIDADE CURRICULAR SUPERVISÃO CLÍNICA (Apresentação em Power Point – **Capacidade reflexiva e desenvolvimento pessoal/profissional em enfermagem**). Patrícia Alves. ESEL, 2011.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. **Referência**. Nº 11. (Março de 2004). Págs. 59-62.

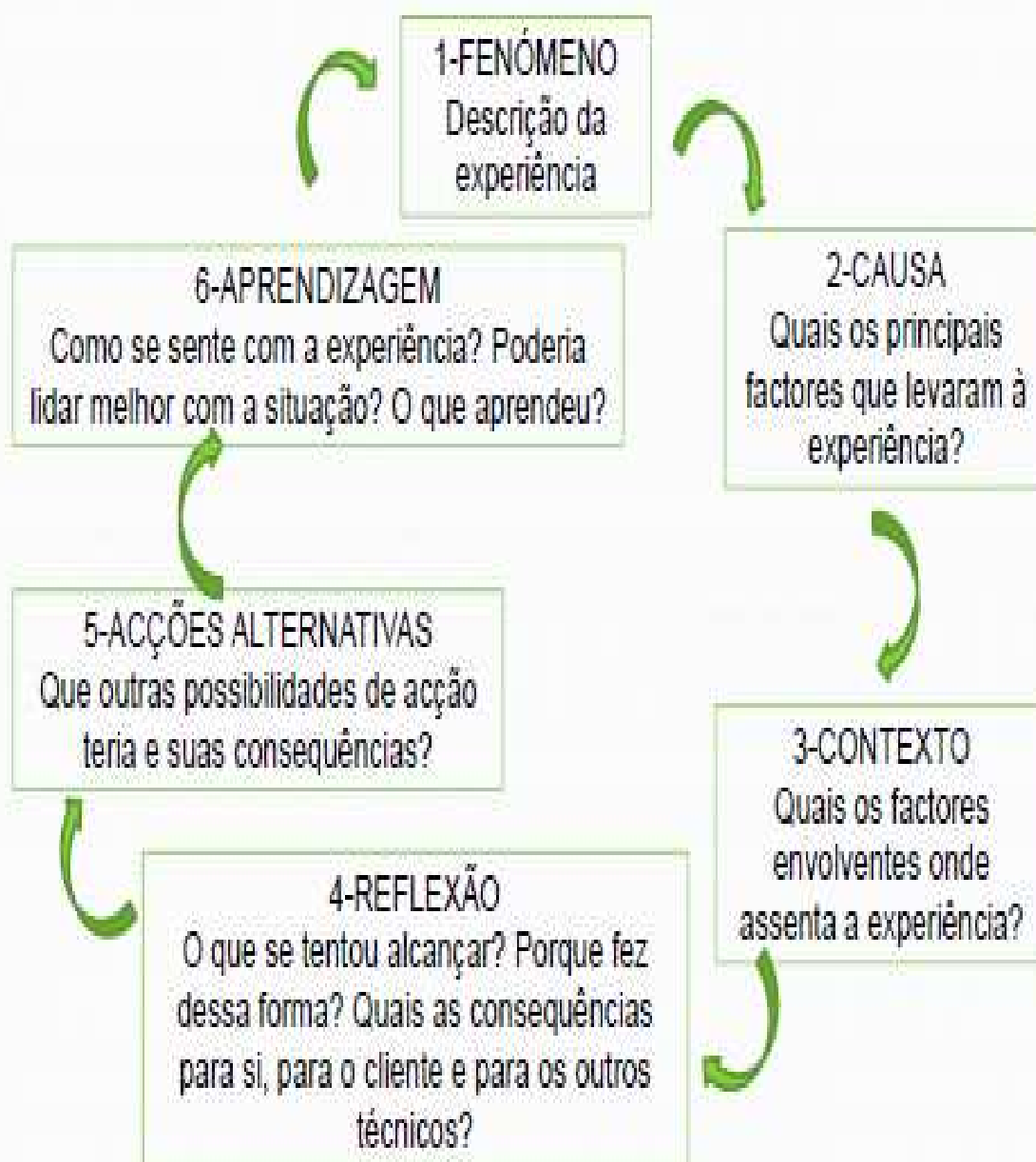
ALARCÃO, Isabel [et al] (1996) – **Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-37421-X.

ANEXOS

Anexo I

Ciclo de Johns

Ciclo Reflexivo de Johns (1998)



Anexo II

Guia de Reflexão Estruturada

Etapas	Questionamento	Indicadores de realização
1. Descrição da situação tal qual é percebida: <i>descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação (criança e família).</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O que é que aconteceu? - Em que local e com que pessoas? - Quais as características da situação? - O que é que se passou comigo? - O que fiz e como o fiz? - Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento? - O que é que eu senti? 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve uma situação de desconforto considerando: <ul style="list-style-type: none"> - características da situação. - circunstâncias em que ocorreu. - acções realizadas pelo próprio. - sentimentos e pensamentos pessoais presentes. - Explicita a natureza do desconforto, centrado em si mesmo.
2. Reflexão: <i>Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças e pressupostos subjacentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa prática (situação).</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O que é que tentei fazer? - O que é que eu pretendia com as minhas acções? - Porque razões agi como agi? - Quais as consequências/implicações das minhas acções para a criança e a família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho? - Como é que esta situação me afecta? - O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)? - O que pensam as pessoas envolvidas, da situação? Quais os seus propósitos e intenções? - Quais os consensos presentes no contexto? - Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação? - Como é que a criança e a família se sentiram? - Como é que sei como é que eles se sentiram? - Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções? - O que diz a teoria acerca da situação em causa? 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisa os factores presentes na situação: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Factores pessoais.</i> Acções – razões, intenções e implicações para o próprio e pessoas envolvidas. Sentimentos e Pensamentos – razões. • <i>Factores contextuais.</i> Crenças subjacentes às práticas – perspectivas das pessoas envolvidas. Pressupostos normativos – protocolos, normas e/ou critérios de actuação existentes • <i>Conhecimento teórico actual.</i> - Pesquisa bibliográfica acerca dos aspectos significativos da situação.
3. Síntese/Avaliação da reflexão realizada: <i>Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e construção da nova perspectiva da situação.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Existem algumas <i>distorções, inconsistências ou incongruências</i> entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito? - Que sentido atribuo a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura? - O que mudou na minha forma de conhecimento na prática empírica, ética, estética e pessoal? - Revendo a experiência, em que é que eu mudei ou me desenvolvi? 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz síntese de confronto de perspectivas: distorções/incongruências presentes. - Avalia a situação inicial: Juízo tendo em conta a natureza das distorções/incongruências. - Desenvolve uma nova perspectiva sobre a sua conduta futura.

Apêndice 13

Estudos de Caso

SUMÁRIO

	Pg.
0. INTRODUÇÃO	3
1. CASO N.º 1	6
1.1. Descrição	6
1.1.1. Caracterização do Utente	6
1.1.2. História da Doença Actual	6
1.1.3. Avaliação Primária	6
1.2. Plano de Cuidados	8
1.3. Reflexão	12
2. CASO N.º 2	14
2.1. Descrição	14
2.1.1. Caracterização do Utente	14
2.1.2. História da Doença Actual	14
2.1.3. Avaliação Primária	15
2.2. Plano de Cuidados	16
2.3. Reflexão	22
3. CONCLUSÃO	24
4. BIBLIOGRAFIA	25

0 - INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Ensino Clínico encontra-se inserida no programa de estudos do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica, que me encontro a frequentar. A avaliação desta unidade inclui a realização de dois estudos de caso sendo estes relativos aos Serviço de Urgência do Hospital de S.ta Maria e ao Serviço de Urgência do Hospital de S. José, respectivamente, e que darão corpo a este documento.

O estudo de caso é um instrumento comumente utilizado na formação em enfermagem, e na investigação em enfermagem, que permite consolidar conhecimentos e analisar as competências desenvolvidas, na medida em que possibilita a reflexão e análise do trabalho realizado e dos cuidados prestados. Sendo uma competência do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica prestar “...cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total...” e que os mesmos cuidados “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011), parece que esta metodologia se aplica como instrumento válido de aprendizagem.

Como fio condutor destes estudos, foi proposta a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Segundo Truppel, Meier, Calixto, Peruzzo, & Crozeta (2009) “a adopção de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o planeamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado”, pelo que considero que a utilização da CIPE poderá ser uma mais-valia para o processo de aquisição de competências, permitindo a utilização de uma metodologia sistematizada no planeamento dos cuidados, desde a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação. Permite ainda que exista uma uniformização na terminologia e dessa forma facilite a comunicação entre os profissionais de saúde.

Uma vez que os casos remetem a pessoas em situação crítica admitidas na Sala de Reanimação, parece-me fazer sentido que os cuidados de Enfermagem sejam planeados procurando obedecer aos pressupostos da avaliação primária em situações de emergência, ou seja, utilizando o sistema ABCDE do Suporte Avançado de Vida. Esta estratégia é a mais utilizada nas situações de emergência e preconizada por organismos internacionais credenciados como o *European Resuscitation Council* e o *American College of Surgeons Committee on Trauma*.

Esta metodologia (ABCDE) tem sido considerada como facilitadora, uma vez que permite uma focalização e objectividade na abordagem do doente crítico e, sendo a mais utilizada, é facilmente reconhecida pelos diversos elementos da equipa multidisciplinar, facilitando a comunicação e o trabalho em equipa, sempre tão necessários nas situações críticas. Não podemos esquecer que “Como membro de uma equipa médica a enfermeira ajuda os outros membros, tal como eles, por sua vez, a ajudam a planear e executar o plano global...” (Henderson, 2007, p. 3) e que, segundo Benner (2001, p. 205) “...os actos mais qualificados serão realizados em situações onde será possível promover uma linguagem comum com todos os colegas clínicos.”. Embora possa parecer redutora por parecer compartimentar a pessoa em sistemas e por grau de perigo para a vida, só o é realmente para o enfermeiro que assumir uma colagem integral às acções padronizadas. Num exercício mais abrangente, puramente teórico e hipotético, podemos incluir 11 das 14 necessidades humanas fundamentais identificadas por Virginia Henderson (2004) na metodologia ABCDE:

- ✚ A – Respirar normalmente;
- ✚ B - Deslocar-se e manter uma postura desejável (facilitadora da respiração);
- ✚ C – Comer e beber adequadamente (hidratação, reposição de volume); Eliminar por todas as vias de eliminação (diurese, balanço hídrico);
- ✚ D – Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc. (avaliação neurológica, diminuição de ansiedade); Dormir e descansar (evitar privação de sono e alterações estado neurológico);
- ✚ E – Seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; Manter temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente; Manter corpo limpo, com boa aparência e proteger tegumentos; Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; Aprender, descobrir ou satisfazer a criatividade que leva ao desenvolvimento “normal” e saúde.

Segundo Virgínia Henderson (2007) a função da enfermeira é ajudar o indivíduo na realização das actividades que contribuem para a saúde e até substituí-lo no que falta até o

conseguir de forma independente, “... a enfermeira deve, em certo sentido, colocar-se “na pele” de cada doente de modo a conhecer, não apenas o que o doente quer, mas também o que ele precisa para manter a vida e readquirir a saúde. A enfermeira é, temporariamente, a consciência do inconsciente...” (Henderson, 2007, p. 4).

Pelo exposto, parece-me pertinente que nos estudos de caso apresentados, seja explicitada uma analogia entre os focos seleccionados da CIPE e as necessidades humanas fundamentais de Henderson.

Serão apresentados dois estudos de caso, um em cada campo de estágio em que foi desenvolvido o meu Ensino Clínico, sendo que o primeiro remete ao Serviço de Urgência do Hospital de Sta. Maria e o segundo ao Serviço de Urgência do Hospital de S. José.

São objectivos deste documento:

- Elaborar documento de avaliação da supra-referida Unidade Curricular;
- Realizar um documento de consulta futura;
- Sistematizar os cuidados prestados;
- Reflectir sobre os cuidados prestados.

A metodologia utilizada será expositiva e descritiva, assente na aprendizagem efectuada sob os conhecimentos adquiridos na frequência do Curso, estágio e na bibliografia consultada.

1. CASO N.º 1

A situação abordada aconteceu no Serviço de Urgência do Hospital de S.ta Maria, durante o estágio aí desenvolvido, mais concretamente na sala de Trauma.

1.1. Descrição

1.1.1. Caracterização do utente

Sr. L.F., 38 anos de idade, caucasiano. Cerca de 1,85m de altura e aproximadamente 90 kg de peso. Aparenta bom estado nutricional. Desconhecem-se antecedentes pessoais. Não evidencia sinais de antecedentes cirúrgicos.

1.1.2. História da doença actual

No dia 10 de Novembro de 2011 pelas 14h15m, o Sr. L.F. terá parado na berma da auto-estrada para confirmar furo num pneu. Ao sair do carro, já totalmente no exterior foi vítima de atropelamento.

Foi contactado o 112, tendo o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) que activou uma VMER (Viatura Médica de Emergência) para o socorro.

Conforme dados da VMER, o utente foi encontrado inconsciente, com GCS=7 (O=2; V=1; M=4). Apresentava pontos de aplicação traumáticos no membro superior, hemitórax e anca direitos.

Encontrava-se normotenso e taquicárdico. Foi colocado um acesso venoso periférico com lactato de ringer em perfusão e transportado para o Serviço de Urgência. Foi submetido a Entubação Orotraqueal, precedida de sedação com Propofol EV, para protecção de via aérea e administradas 2 mg de morfina EV.

1.1.3. Avaliação Primária

Utente deu entrada na urgência pelas 15h05m, deitado em plano duro, com imobilização cervical (colar cervical de 2 peças, estabilizadores laterais e cabrestos) e com aranha colocada. Encontrava-se ventilado mecanicamente em modo de volume controlado. Fica sob

responsabilidade da Cirurgia Geral. Observado pela Anestesia para parametrizar ventilação mecânica.

A (Via aérea com controlo cervical)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colar cervical colocado correctamente; ✓ Entubado orotraquealmente e em ventilação mecânica; ✓ Via aérea segura; ✓ Presença de sangue na cavidade oral, sem outros corpos estranhos; ✓ Tubo orofaríngeo colocado.
B (Ventilação com oxigénio)	<ul style="list-style-type: none"> • Em modo de volume controlado e adaptado ao ventilador; • Acianótico; • Sem desvios da traqueia ou ingurgitação jugular; • Expansão torácica bilateral, ligeiramente menor à direita e sem murmúrio à auscultação da base do pulmão direito; • Tons cardíacos normais mantidos.
C (Circulação com controlo de hemorragia)	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sem hemorragias externas visíveis; ✚ Pele ligeiramente pálida e seca; ✚ Taquicárdico (134 bpm) e hipotenso (96/44 mmHg), normoglicémico (117 mg/dl) e com saturação de O₂ periférica de 99%; ✚ Abdómen sem alterações à palpação, bacia sem crepitações; ✚ Pedidos exames complementares de diagnóstico (Rx e análises).
D (Déficits)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utente sedado com GCS=4 (O=1; V=1; M=2); ➤ Pupilas pouco reactivas e isocóricas.
E (Exposição com controlo de temperatura)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pontos de aplicação traumáticos no membro superior, hemitorax e anca direitos; ❖ Deformação ligeira do punho direito; ❖ Hipotérmico; ❖ Inicia analgesia com alfentanilo em perfusão contínua.

Os exames complementares de diagnóstico revelam fractura de 5º, 6º e 7º arcos costais à direita com hemopneumotorax simples e fractura epifisiária do punho direito.

A avaliação secundária não acrescenta nada à lista de lesões. A esposa entretanto chegada informa que único antecedente pessoal de saúde do doente era hipertensão arterial.

É submetido a Tomografia Axial Computorizada crânio-encefálica, cervical, dorsal, lombar e abdomino-pélvica que não revela lesões agudas.

Colocado dreno torácico para drenagem de hemopneumotórax à direita, pela Cirurgia Córdio-Torácica.

Ortopedia reduz fractura do punho direito e posteriormente coloca tala gessada.

Observado pela Neurocirurgia que dá indicação de diminuir ritmo de perfusão da sedação até cessar por completo. Após cessação de sedação o utente fica com GCS=4 (O=1; V=1; M=2) e em ventilação espontânea com O2 a 8 l/m por tubo em T.

Apesar de não haver evidência de traumatismo crânio-encefálico a neurocirurgia transfere doente para unidade de cuidados intensivos para monitorização da PIC (Pressão Intra-Craniana) pelas 18h, mas só é transferido pelas 19h30m quando enfermeiro responsável leu em notas médicas essa indicação, não tendo a Cirurgia Geral (ainda responsável pelo doente) sido informada anteriormente pela Neurocirurgia.

1.2. Plano de Cuidados

A (Via aérea com controlo cervical)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Ventilação (Respirar normalmente)	Ventilação Comprometida (relacionado com sedação manifestado por depressão respiratória)	- Vigiar ventilação mecânica invasiva; - Vigiar adaptação ao ventilador; - Vigiar secreções brônquicas; (sem horário)	- Doente em ventilação controlada com SatO2 periférica de 99%; - Adaptado ao ventilador sem despoletar alarme de pressão de pico; - Identificadas secreções brônquicas hemáticas devido ao trauma.
Limpeza de Vias Aéreas (Respirar normalmente)	Limpeza de vias aéreas comprometida (relacionado com sedação manifestado por secreções)	- Aspiração de secreções brônquicas; - Vigiar fluidez das secreções. (sem horário)	- Não despoletou alarme do ventilador de aumento de pressão de vias aéreas; - Ausência de secreções visíveis no TET; - Manutenção de satO2 periférica acima dos 98%.

Aspiração (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de aspiração (relacionado com compromisso da deglutição)	- Colocação de sonda gastrointestinal; - Aspiração da orofaringe. (sem horário)	- Esvaziamento de conteúdo gástrico eficaz; - Ausência de fluidos na orofaringe (excepto saliva)
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com alterações da flora bucal)	- Higienizar cavidade oral (se não houver contra-indicações) (3xdia)	- Ausência de sangue, placa bacteriana ou outras secreções na orofaringe (excepto saliva).

B (Ventilação com oxigénio)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Ventilação Espontânea (Respirar normalmente)	Respiração Comprometida (relacionado com traumatismo torácico manifestado por hemopneumotorax)	- Aspiração de secreções brônquicas; - Vigiar fluidez das secreções; - Implementar oxigenoterapia; - Monitorização contínua de SatO2 periférica e ciclos respiratórios através de monitor; - Colaborar na colocação de dreno torácico. (sem horário)	- Ausência de sinais de dificuldade respiratória; - Ausência de desvios do número de ciclos respiratórios acima de 35 ou abaixo de 10; - Gasometria normalizada em relação aos gases (sem hipoxemia ou hiperápnia); - Ausência de secreções visíveis no TET; - Manutenção de satO2 periférica acima dos 98%.

C (Circulação com controlo de hemorragia)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Volume de líquidos comprometido (Comer e beber adequadamente) (Eliminar por todas as vias de eliminação)	Risco de compromisso de volume de líquidos (relacionado com hemorragia)	- Cateterizar segundo acesso intravenoso periférico; - Administrar terapia com fluidos ou electrólitos; - Identificar risco de hemorragia; - Inserir cateter urinário; - Controlar balanço hídrico (sem horário)	- TAS entre 120 e 140 mmHg e TAD entre 85 e 60 mmHg; - Frequência cardíaca estabilizada a 100bpm; - Ausência de sinais de choque (sudorese, palidez, hipotensão); - Balanço hídrico optimizado face às necessidades do doente.
Hemorragia (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de processo hemorrágico (relacionado com traumatismo)	- Vigiar drenagem do dreno torácico; - Vigiar sinais de choque hipovolémico; - Vigiar focos hemorrágicos externos; - Vigiar hematúria (sem horário)	- Ausência de drenagem no dreno torácico após a inicial; - Ausência de sinais de choque; - Ausência de focos hemorrágicos externos; - Hematúria ligeira macroscópica.

D (Deficits)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Status Neurológico (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades,	Status neurológico comprometido (relacionado com sedação/TCE manifestado por depressão do SNC)	- Avaliar através da Escala de Coma de Glasgow; - Vigiar reacção e tamanho pupilar; - Elevar cabeceira a 30% (se não houver contra-indicação); (sem horário)	- Nenhuma alteração relativamente à 1ª avaliação;

medos, etc.)			
Controlo da Dor (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Controlo da dor efectivo (relacionado com traumatismo manifestado por sinais não verbais de dor)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar presença de dor através de manifestações corporais; - Mobilização em bloco, com alinhamento corporal; - Vigiar perfusão de analgésico, - Planificar técnicas dolorosas. <p>(sem horário)</p>	- Ausência de manifestações de dor visíveis (fácies e motoras).

E (Exposição com controlo de temperatura)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Hipotermia (Manter temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente)	Hipotermia (relacionado com exposição corporal manifestado por baixa temperatura corporal)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar temperatura axilar; -Aquecer meio ambiente; -Cobrir com cobertor de injeção de ar quente; - Administrar fluidos aquecidos. <p>(sem horário)</p>	- Temperatura axilar entre 35,8°C e 36,5°C.
Integridade da Pele (Manter corpo limpo, com boa aparência e proteger tegumentos)	<ul style="list-style-type: none"> - Integridade da pele comprometida; <p>(relacionado com solução da integridade cutânea manifestado por feridas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risco de compromisso da integridade cutânea. <p>(relacionado com imobilidade)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição completa da pele com procura de lesões; - Vigiar locais de cateterização intravenosa; - Vigiar local de inserção de dreno torácico; - Manter assepsia na manipulação em locais de cateterização; - Retirar plano duro assim que indicado; - Alternar decúbitos cumprindo alinhamento e em bloco; - Aplicação da Escala de Braden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sinais inflamatórios nos locais de cateterização e lesões traumáticas; - Ausência de sinais inflamatórios no local de inserção do dreno torácico; - Ausência de novos compromissos de integridade cutânea.

		(2/2 h)	
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com transmissão de agentes patogénicos)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar locais de cateterização intravenosa; - Vigiar local de inserção de dreno torácico; - Manter assepsia na manipulação em locais de cateterização; - Utilizar meios de protecção universal sempre que em contacto com o doente; - Desinfectar e efectuar penso das escoriações identificadas; (sem horário)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sinais inflamatórios nos locais de cateterização e drenagem; - Ausência de sinais inflamatórios nas escoriações; - Ausência de hipertermia.
Processo Neurovascular Comprometido (Manter corpo limpo, com boa aparência e proteger tegumentos)	Risco de compromisso de processo neurovascular periférico (relacionado com traumatismo e tala)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sinais de perfusão distal no membro superior direito; - Vigiar presença de edema distal à tala gessada do membro acima identificado. (horário)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sinais de compromisso vascular distal (palidez e membro frio); - Ausência de edema distal à tala gessada.

1.3. Reflexão

Os Serviços de Urgência encontram-se vocacionados para a recepção, tratamento e estabilização de doentes em situação crítica. Toda a sua articulação é no sentido de tratar as situações que possam colocar em perigo a vida do doente. Todavia não está vocacionado para a manutenção e tratamento definitivos das situações mais complexas, essa vocação pertence às Unidades de Cuidados Intensivos.

Por outro lado o equipamento técnico de um serviço de urgência encontra-se dirigido ao restabelecimento e estabilização das funções vitais por curtos espaços de tempo. Do mesmo

modo, as equipas e seus elementos encontram-se treinados para fazerem face a um sem número de situações na fase aguda mas não na fase de convalescença.

Pelo exposto podemos deduzir que a permanência do doente no serviço de urgência deva ser o mais curta possível, até porque significa que a estabilização ocorreu rapidamente, e o mais precocemente deva ser encontrado local para o tratamento definitivo, em serviços mais vocacionados e preparados, técnica e humanamente, para o efeito. Creio ser lícito afirmar que se ganharia em qualidade de cuidados prestados.

A dimensão, em número e variedade de profissionais, que interagem num serviço de urgência acarreta dificuldades acrescidas na comunicação e coordenação da equipa como um todo. Seria importante que os meios e estratégias de comunicação fossem tornados eficazes para que o processo de avaliação, tratamento, estabilização e transferência de um doente em situação crítica se tornasse o mais curto possível.

O enfermeiro, enquanto elemento que se pretende central no tratamento de qualquer doente, deve procurar chamar a si a responsabilidade, não total mas em grande parte, de funcionar como coordenador da informação e comunicação entre os elementos da equipa, agilizando assim, mesmo que indirectamente, os processos de decisão clínicos.

Noutra perspectiva, interrogo-me se esta função não poderá ser central na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, e como tal, uma competência a adquirir se tal formação se pretende obter. Esta, tenho para mim, como a mais-valia retirada deste estudo de caso.

2. CASO N.º 2

2.1. Descrição

A situação abordada aconteceu no Serviço de Urgência do Hospital de S. José, durante o estágio aí desenvolvido, mais concretamente na sala de Reanimação.

2.1.1. Caracterização do utente

Sr. A.A., 74 anos de idade, caucasiano, sexo masculino. Aparenta cerca de 1,75m de altura, 60 kg de peso, um pouco emagrecido, independente nas actividades de vida diárias.

Tem como antecedentes pessoais:

1. Hipertensão Arterial;
2. Diabetes *Mellitus* 2 com antidiabéticos orais;
3. Enfarte Agudo Miocárdio com *bypass* cardíaco há 6 anos;
4. Fibrilhação auricular subsequente ao enfarte;
5. Insuficiência cardíaca congestiva;
6. Insuficiência renal aguda;
7. Bronquite asmatiforme;
8. Edema Agudo do pulmão.

Tem história de recursos à urgência no último ano por taquicardia, crise hipertensiva e edema agudo do pulmão.

2.1.2. História da doença actual

O Sr. AA activou o número de emergência médica 112 pelas 8h15m, por apresentar quadro de dispneia com cerca de 8h de evolução, tendo sido transportado em ambulância do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica).

Foi admitido no serviço de urgência pelas 9h, tendo sido identificado na triagem como um doente potencialmente crítico por apresentar uma dispneia marcada, sendo transportado para a sala de Reanimação.

2.1.3. Avaliação Primária

A	<ul style="list-style-type: none">✓ Possui próteses dentárias;✓ Presença de secreções brônquicas na cavidade orofaríngea, sem outros corpos estranhos;✓ Sem estridor;✓ Via aérea permeável;
B	<ul style="list-style-type: none">• Cianose labial;• Sem desvios da traqueia ou ingurgitação jugular;• Polipneico, auscultação pulmonar com roncos e sibilos bilaterais;• Expansão torácica bilateral, com uso de músculos acessórios;• Tons cardíacos normais mantidos.
C	<ul style="list-style-type: none">✚ Pele pálida, sudorética com cianose periférica;✚ Taquicárdico (147 bpm) e hipertenso (206/112 mmHg) e com saturação de O₂ periférica de 74%;✚ Abdómen sem alterações à palpação;✚ Pedidos exames complementares de diagnóstico (Rx e análises).
D	<ul style="list-style-type: none">➤ Glasgow 15;➤ Pupilas reactivas e isocóricas.
E	<ul style="list-style-type: none">❖ Normotérmico com Tax – 36,9°C;❖ Discretos livores nos membros inferiores;❖ Hiperglicémico – 247 mg/dl.

Foram tomadas as primeiras medidas de suporte e terapêutica sem melhoria sensível dos sinais e sintomas.

Gasometria inicial indica acidose respiratória, hipoxia e hipercapnia.

Após 30m, face à não melhoria gasométrica, o Sr. AA foi sedado e entubado orotraquealmente por insuficiência respiratória global. Foi assumido como objectivo que o doente permaneceria ventilado mecanicamente na sala de reanimação, durante algumas horas, para eventual tentativa de extubação orotraqueal assim que existisse compensação respiratória, com possível recurso posterior a Ventilação Mecânica Não Invasiva.

2.2. Plano de Cuidados

A (Via aérea)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Asfixia (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de asfixia (relacionado com corpos estranhos)	- Retirar próteses dentárias; (imediato)	- Ausência de objectos estranhos não orgânicos na cavidade orofaríngea;
Limpeza de Vias Aéreas (Respirar normalmente)	Limpeza de vias aéreas comprometida (relacionado com secreções manifestado por não exteriorização)	- Aspiração de secreções brônquicas com colaboração do doente; - Vigiar fluidez das secreções. (sem horário)	- Diminuição efectiva de ruído ventilatório orofaríngeo; - Aumento de satO2 periférica acima dos 90%; - Identificadas secreções aquosas.
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com alterações da flora bucal)	- Higienizar cavidade oral (se não houver contra-indicações) (3xdia)	- Ausência de sangue, placa bacteriana ou outras secreções na orofaringe (excepto saliva).

A (após ventilação mecânica)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Ventilação (Respirar normalmente)	Ventilação Comprometida (relacionado com sedação manifestado por depressão respiratória)	- Vigiar ventilação mecânica invasiva; - Vigiar adaptação ao ventilador; - Vigiar secreções brônquicas; (sem horário)	- Doente em ventilação controlada com SatO2 periférica de 96%; - Adaptado ao ventilador sem despoletar alarme de pressão de pico; - Identificadas secreções aquosas.

Limpeza de Vias Aéreas (Respirar normalmente)	Limpeza de vias aéreas comprometida (relacionado com sedação manifestado por secreções)	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiração de secreções brônquicas; - Vigiar fluidez das secreções. (sem horário)	<ul style="list-style-type: none"> - Não despoletar alarme do ventilador de aumento de pressão de vias aéreas; - Ausência de secreções visíveis no TET; - Manutenção de satO2 periférica acima dos 95%.
Aspiração (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de aspiração (relacionado com sedação e manifestado por compromisso da deglutição)	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação de sonda gastrointestinal; - Aspiração da orofaringe. (sem horário)	<ul style="list-style-type: none"> - Esvaziamento de conteúdo gástrico eficaz; - Ausência de fluidos na orofaringe (excepto saliva)
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com alterações da flora bucal)	<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar cavidade oral (se não houver contra-indicações) (3xdia)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sangue, placa bacteriana ou outras secreções na orofaringe (excepto saliva).

B (Respiração)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Ventilação Espontânea (Respirar normalmente) (Deslocar-se e manter uma postura desejável)	Respiração Comprometida (relacionado com secreções manifestado por padrão respiratório anormal)	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar oxigenoterapia; - Monitorização contínua de SatO2 periférica e ciclos respiratórios através de monitor; - Vigiar dispneia e uso de músculos acessórios; - Posicionar doente em fowler. (sem horário)	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção de satO2 periférica acima dos 90%; - Manteve dispneia e uso de músculos acessórios; - Aumento do conforto referido pelo doente.

B (Após ventilação mecânica)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Processo do Sistema Respiratório (Respirar normalmente)	Processo do sistema respiratório comprometido (relacionado com secreções manifestado por satO2 baixa)	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiração de secreções brônquicas; - Vigiar fluidez das secreções; - Monitorização contínua de SatO2 periférica; (sem horário) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gasometria melhorada em relação aos gases e acidemia; - Ausência de secreções visíveis no TET; - Manutenção de satO2 periférica acima dos 95%.

C (Circulação)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Taquicardia (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.)	Taquicardia (relacionado com mal-estar por sensação de opressão torácica manifestado por frequência cardíaca alta)	<ul style="list-style-type: none"> - Manter ambiente calmo; - Comunicar com o doente para evitar ansiedade; - Manter doente confortável; - Vigiar ritmo cardíaco através de monitor; - Vigiar dor através de escala de dor numérica. (sem horário) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ritmo cardíaco baixou progressivamente até aos 114 bpm; - Doente referiu estar confortável (dentro do possível); - Dor mantida abaixo do 2; - Doente referiu melhoria nos níveis de ansiedade.
Hipertensão (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.) (Eliminar por todas as vias de eliminação)	Pressão sanguínea alterada (relacionada com patologia manifestada por valores de TA elevados)	<ul style="list-style-type: none"> - Manter ambiente calmo; - Comunicar com o doente para evitar ansiedade; - Manter doente confortável; - Vigiar eliminação vesical através de algaliação; - Assegurar balanço hídrico negativo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pressão sanguínea baixou progressivamente até aos 164/98 mmHg; - Doente referiu estar confortável (dentro do possível); - Doente referiu melhoria nos níveis de ansiedade; - Eliminação vesical mantida; - Balanço hídrico negativo

		- Vigiar pressão sanguínea através de monitor. (sem horário)	atingido.
--	--	---	-----------

C (Após ventilação mecânica)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Perfusão dos Tecidos (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de perfusão dos tecidos inefectiva (por hipotensão) (relacionado com hipotensão)	- Vigiar pressão sanguínea através de monitor; - Comunicar alterações observadas e registar; - Promover ajuste terapêutico. (sem horário)	- Hipotensão registada mas temporária; - Sem livores; - Efectuados ajustes terapêuticos mediante observações comunicadas.

D (Déficits)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Status Neurológico (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.)	Risco de confusão aguda (relacionado com hipoxia)	- Avaliar através da Escala de Coma de Glasgow; (sem horário)	- Nenhuma alteração relativamente à 1ª avaliação (nunca desceu mais de 2 pontos);
Ansiedade (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.)	Ansiedade (relacionado com mal-estar inespecífico manifestado por taquicardia e por referência do doente)	- Manter ambiente calmo; - Promover conforto do doente; - Explicar procedimentos; - Responder às dúvidas do doente; - Permitir visitas de familiares se essa a vontade do doente; - Planificar técnicas dolorosas. (sem horário)	- Ausência de manifestações de ansiedade (fácies, tiques, verbalizações).

D (Após ventilação mecânica)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Status Neurológico (Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.)	Status neurológico comprometido (relacionado com sedação/TCE manifestado por depressão do SNC)	- Avaliar através de Escala para doentes sedados; - Vigiar reacção e tamanho pupilar; - Vigiar manifestações corporais. (sem horário)	- Doente sedado e sem manifestações corporais; - Pupilas iso/iso e estáveis.

E (Exposição)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Integridade da Pele (Manter corpo limpo, com boa aparência e proteger tegumentos)	- Integridade da pele comprometida; (relacionado com processos invasivo manifestado por feridas)	- Vigiar locais de cateterização intravenosa; - Manter assepsia na manipulação em locais de cateterização; (2/2 h)	- Ausência de sinais inflamatórios nos locais de cateterização;
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com transmissão de agentes patogénicos)	- Utilizar meios de protecção universal sempre que em contacto com o doente; (sem horário)	- Ausência de hipertermia.
Confortável (Deslocar-se e manter uma postura desejável)	Confortável (relacionado com imobilidade manifestado verbalmente pelo doente)	- Manter medidas de conforto adoptadas; - Valorizar manifestações do doente; - Avaliar com escala de dor. (sem horário)	- Referência do doente a conforto mantido.

E (Após ventilação mecânica)			
Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Integridade da Pele (Manter corpo limpo, com boa aparência e proteger tegumentos)	- Integridade da pele comprometida; (relacionado com processos invasivo manifestado por feridas) - Risco de compromisso da integridade cutânea. (relacionado com imobilidade)	- Vigiar locais de cateterização intravenosa; - Manter assepsia na manipulação em locais de cateterização; - Avaliar com escala de Braden; - Alternar decúbitos (2/2 h)	- Ausência de sinais inflamatórios nos locais de cateterização; - Ausência de novos compromissos de integridade cutânea.
Infecção (Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros)	Risco de infecção (relacionado com transmissão de agentes patogénicos)	- Utilizar meios de protecção universal sempre que em contacto com o doente; (sem horário)	- Ausência de hipertermia.
Hipotermia (Manter temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente)	Risco de hipotermia (relacionado com sedação)	- Vigiar temperatura ambiente; - Vigiar temperatura corporal do doente; - Tapar doente com roupa adequada. (horário)	- Ausência de hipotermia.

O Sr. AA permaneceu na Sala de Reanimação até ao final do turno, sendo posteriormente extubado e colocado em SO sob Ventilação Mecânica Não Invasiva. Pode-se afirmar que os objectivos de tratamento foram atingidos.

Resta ainda clarificar que foram permitidas à família visitas periódicas ao Sr. AA, mesmo quando este se encontrava sedado, e que esta foi mantida a par dos cuidados prestados e planeados.

2.3. Reflexão

A situação clínica apresentada, aquando da admissão do doente, configura, porventura, uma das mais comuns de entre as situações críticas com que o Serviço de Urgência se depara. O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas, a sobrevida crescente a determinadas patologias e os avanços medicamentosos e técnicos, proporcionam a existência de um maior número de doentes com multipatologias cujas descompensações individuais promovem a descompensação das restantes.

O tratamento de doentes portadores de várias patologias crónicas descompensadas é sempre complexo, pelas interligações e efeitos em rede que se obtêm com as medidas terapêuticas, e sempre com atenção ao equilíbrio para que não se descompense um sistema para compensar outro. A implicação óbvia para a Enfermagem é a necessidade de vigilância a múltiplos factores e a importância acrescida da comunicação das alterações aos outros elementos da equipa clínica, para que os ajustes ocorram de forma atempada, evitando complicações desnecessárias.

O trabalho em equipa surge aqui como condição essencial para o tratamento efectivo destes doentes, uma vez que a comunicação e confiança entre os elementos têm de ser efectivas e presentes.

Sem prejuízo para o exposto, o factor que neste caso me pareceu determinante foi a determinação de objectivos claros e concretos para o tratamento do Sr. AA ainda numa fase inicial, assim que formuladas as primeiras hipóteses diagnósticas. Ao ser determinado que o doente seria submetido a ventilação mecânica invasiva, temporariamente, para compensação respiratória, toda a equipa focalizou os seus cuidados na prossecução desse objectivo.

O plano de cuidados global (da equipa) foi formulado quase instantaneamente, por inerência ao objectivo assumido. A constante focalização condicionou positivamente as acções, os seus tempos e os seus objectivos intermédios, bem como permitiu antecipar os obstáculos esperados e evitá-los. Por outro lado, com objectivos bem claros e aceites, a equipa funcionou como tal, existindo uma maior facilidade e predisposição para a comunicação, para o reporte de evoluções e para a efectivação de ajustes necessários.

Por outro lado, todo o planeamento de transferência e identificação e provimento de recursos foi conseguido atempadamente, eliminando consequências nefastas possíveis de uma má articulação ao ser feita apressadamente.

Em forma de conclusão, a formulação de objectivos à partida pareceu-me um factor motivador, orientador e unificador de toda a equipa multidisciplinar, concorrendo positivamente

para a existência de uma melhoria na comunicação e disponibilidade dos membros. Não tenho dúvida que o resultado positivo atingido em tempo útil (algumas horas) também se deveu a esta conjuntura.

Numa perspectiva prática, não posso deixar de realçar que não foi ocupada uma vaga de Cuidados Intensivos, sempre raras e com custos potencialmente elevados, e, uma vez que o Serviço de Urgência teve tempo de efectuar todos os ajustes para minimizar os efeitos da ocupação do ventilador e da sala de reanimação, bem como para se reorganizar em termos de prestação de cuidados, não existiram contratempos na assistência de outros doentes.

3. CONCLUSÃO

Os estudos de caso apresentados referem-se a dois utentes em situação crítica, necessitados de uma abordagem e avaliação fundamentadas, rápidas e eficazes de modo a exponenciar as suas hipóteses de sobrevivência. Quer em situações de emergência médica quer de emergência em trauma, as acções empreendidas necessitam de ser sistematizadas, segundo um modelo comum, aceite e testado, garantindo cuidados de saúde de qualidade e seguros para o doente.

Os primeiros cuidados a uma pessoa em situação crítica têm uma maior probabilidade de serem efectuados correctamente e em tempo útil se prestados em equipa. Uma equipa eficiente será sempre mais que a eficiência dos seus elementos. A existência de um corpo de conhecimentos comum, de uma comunicação assertiva e concisa e de objectivos expostos e partilhados facilita e propulsiona o trabalho em equipa para patamares mais elevados, com claros ganhos para o doente. O enfermeiro, como elemento a quem compete a maioria das vigilâncias do doente, pode e deve desempenhar um papel central na prossecução dos objectivos e na agilização de todos os processos. Saiu reforçada a minha convicção, partilhada com Lewis Thomas (1983) que “...descreve a enfermeira como o cimento que solda o sistema complexo de cuidados no meio hospitalar. Vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados distribuídos por todos os membros da equipa médica, assim como organizar e distribuir as tarefas são a composição do cimento invisível que faz funcionar o sistema.” (Benner, 2001, p.194).

Mesmo considerando que a actual conjuntura dos serviços de urgência não facilita a extensão do plano de cuidados de enfermagem além do prioritário, o exercício deste documento fez-me concordar com Henderson (2007, p. 22) que refere “Todo o cuidado de enfermagem eficaz é, de certo modo, planeado. Um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais.”. Sendo o primeiro plano de cuidados que registo com recurso à linguagem CIPE, e possuindo pouca formação sobre a mesma, não posso deixar de referir que tive algumas dificuldades, mas que também reconheço algumas qualidades como a clareza e a objectividade. Sendo a linguagem que a Enfermagem, enquanto disciplina, tenta adoptar e tornar abrangente e uniformizada globalmente, não posso deixar de reconhecer as vantagens formativas e didácticas que a elaboração deste documento me proporcionaram.

Como Benner (2001, p. 201) afirma “Hoje, a enfermeira é um profissional clínico – um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo prazo.”.

4. BIBLIOGRAFIA

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). (*Regulamento n.º124/2011, Diário da República, 2ª série, 18 de Fevereiro*) .

Henderson, Virginia (2004). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lisboa. Lusodidacta, 2007. ISBN: 978-989-8075-00-0.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Truppel, T. C., Meier, M. J., Calixto, R. C., Peruzzo, S. A., & Crozeta, K. (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem* , 221-227.

American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual*. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.

Nolan, J.P *et al* (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Elsevier Resuscitation* n. º81, p. 1219-1276.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001. ISBN: 972-8535-97-X.

Apêndice 14

Cronograma de Actividades

SUMÁRIO

	Pg.
0. INTRODUÇÃO	3
1. REFERENCIAL TEÓRICO	5
1.1. Formação de Adultos	5
1.2. Formação Profissional	6
1.3. Importância de <i>Guidelines</i>	6
1.4. Importância do Tema	7
1.4.1. Pontos Chave	8
2. PÚBLICO ALVO E NECESSIDADES	9
2.1. Questionários	9
2.2. Grelha de Caracterização	10
2.3. Temas a Abordar	10
3. OBJECTIVOS	14
4. ESTRATÉGIAS	15
4.1. Formadores	15
4.2. Técnicas de Formação	15
4.3. Sessões, Duração, e Recursos Necessários	16
5. AVALIAÇÃO	18
6. BIBLIOGRAFIA	19

Anexos

Anexo I – Certificado de Formação Pedagógica

Anexo II – Avaliação de Sessão de Formação em Serviço

0. INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica contempla, no terceiro semestre, a realização de um Ensino Clínico com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista na área referida. Na prossecução de tal objectivo existe a necessidade de elaborar e implementar um projecto que será alvo de relatório no final do Ensino Clínico. O tema por mim escolhido para o projecto de estágio foi “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”, sendo que neste se previa a realização de acções de formação, sobre o tema, aos profissionais médicos e de enfermagem do serviço onde decorresse o Ensino Clínico, no caso, o Serviço de Urgência do Hospital Central.

A importância dos temas “Trabalho em Equipa” e “Abordagem do Doente Crítico” havia sido por mim identificada, empiricamente, no Serviço de Urgência do Hospital Distrital, local onde desempenho funções, de tal forma que foi o factor motriz para a escolha do tema de Projecto. Após recolha de dados observei que também eram considerados temas importantes pelos profissionais do Serviço de Urgência do Hospital Universitário e Hospital Central. Parece assim ser uma questão transversal em Urgência, independentemente da tipologia da mesma.

O ambiente de um serviço de urgência é, compreensivelmente, complexo, quer pelas especificidades da situação de saúde dos utentes, quer pelo número de profissionais, de várias áreas, envolvidos. Numa era de avanços tecnológicos e científicos cada vez mais rápidos, torna-se mais premente que os profissionais acompanhem esses avanços em tempo útil, de forma a poderem ser assegurados cuidados e procedimentos correctos, quer técnicos quer científicos. A qualidade dos cuidados prestados encontra-se também associada a estas premissas.

O Código Deontológico dos Enfermeiros no art.º 88º alínea c) refere que é dever do enfermeiro “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;”. Da mesma forma, o Código Deontológico dos Médicos no art.º 9º refere que “O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (*leges artis*).”

Por outro lado a Lei de Bases da Saúde na Base II – 1 i) refere que, na política de saúde “É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.”

A componente pedagógica para a formação é a área em que me sinto menos preparado. Para colmatar esta lacuna frequentei um curso de formação pedagógica ministrado pela Prof.^a Patrícia Rosado Pinto, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (**Anexo I**), a quem agradeço a disponibilidade.

Pretende este documento servir os seguintes objectivos:

- Ser guia de planeamento das acções de formação/sensibilização a serem realizadas;
- Justificar a escolha dos temas a abordar;
- Expor os conceitos estruturantes das acções;
- Ser instrumento de consulta futura.

A metodologia utilizada será expositiva e descritiva, assente nas reflexões efectuadas sob os conhecimentos adquiridos e na bibliografia consultada.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

A formação é uma actividade que deve assentar em bases científicas. Aquilo que é transmitido deve corresponder a factos verdadeiros e não a meras opiniões. Ainda que estas possam ser úteis, não podem ser encaradas como base para transmissão de conhecimentos. O conhecimento deve ser sustentado por referenciais teóricos e práticos, experimentados e reconhecidos como válidos.

Esta necessidade de agir com referenciais teóricos conduziu inevitavelmente a uma escolha dos mesmos. Desta forma a formação/sensibilização será planeada sob os pressupostos pedagógicos da formação de adultos, das *guidelines* emanadas pelo *European Resuscitation Council*, do Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e dos manuais dos cursos de ATLS (Advanced Trauma Life Support) e ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses).

1.1. Formação de Adultos

A aprendizagem escolar das crianças está geralmente inserida num sistema e programa mais ou menos definidos à partida. A própria designação “escolaridade obrigatória” encerra o conceito de aprendizagem com programa definido à partida, igual para todos e com objectivos mais ou menos standardizados.

O adulto apreende essencialmente a informação com que mais se identifica. Desta forma o seu foco de interesse é mais ou menos consciente e a motivação desempenha um papel mais preponderante. Se não existir o mínimo de interesse no que está a ser recebido a aprendizagem do adulto é dificultada.

Aprendizagem deve então ser encarada como “...um processo individual e activo de construção de conhecimentos, gestos e atitudes: Mesmo realizada em grupo, a aprendizagem é um processo individual.” (Pinto, 2011, p.5). A mesma autora refere que os conhecimentos anteriores devem ser reactivados e questionados para que os novos possam assim ser integrados e acrescenta que o significado e a utilidade dos novos conhecimentos são suportes importantes para este processo.

Depreende-se, portanto, que os temas devem ser do interesse dos possíveis formandos e utilizadas metodologias que facilitadoras do processo de aprendizagem no adulto.

1.2. Formação Profissional

Segundo Pinto (2011) "...a aprendizagem depende de uma experiência educativa (em que estão presentes pensamento, acção e afectos). A formação passa, consequentemente, a ser o processo através do qual se procura activamente construir significado(s) a partir de uma experiência educativa.". Esta construção de significados será o passo essencial para a incorporação das mensagens e conhecimentos transmitidos e recebidos na experiência educativa. Isto torna-se tão mais importante a partir do momento que a formação profissional é destinada, no caso, a adultos, concretamente no sentido que a aprendizagem deve ser significativa.

Na formação de adultos, e possivelmente mais ainda na formação profissional, os formandos possuem um conjunto de experiências e conhecimentos anteriores que se mobilizam conjuntamente com as ferramentas cognitivas que dominam para compreender e estruturar a nova informação que recebem (Pinto, 2011). Nesta mesma perspectiva compreende-se então que "...a comparação entre as abordagens dos alunos (ou de profissionais jovens em início de carreira) e as abordagens dos peritos permite perceber que, de acordo com os conhecimentos e a experiência anteriores, as pessoas abordam os problemas de maneira diferente." (Pinto, 2011, p.4).

1.3. Importância de *Guidelines*

Exerço Enfermagem há 12 anos, 7 dos quais em Serviço de Urgência, e reconheço que a abordagem de um doente crítico, ou mesmo apenas potencialmente crítico, é um momento de grande tensão e incerteza. A confusão instala-se muito facilmente. Torna-se necessário que os procedimentos sejam executados com rapidez e correctamente, os correctos no tempo correcto.

O *European Resuscitation Council* nas suas *guidelines* de 2010, redigidas por Nolan *et al*, refere que estas são baseadas nas recomendações mais recentes do *International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations* que incorporou os resultados de revisões sistemáticas de um amplo espectro de tópicos relacionados com a ressuscitação cardiopulmonar. Acrescenta ainda que as *guidelines* não são vinculativas mas representam uma forma amplamente aceite de como a ressuscitação deve ser conduzida de forma segura e eficaz.

As *guidelines* do ERC podem assim ser consideradas como um instrumento, validado cientificamente, para a abordagem de qualquer doente crítico, criando uma linguagem comum, um *modus operandis* comum e uma abordagem estruturada para maximizar as probabilidades de sucesso. A estruturação da abordagem permite ainda a interiorização facilitada dos procedimentos e seus *timings* podendo reduzir a confusão e tensão inerentes à situação clínica do paciente. Da mesma forma, nos doentes com críticos por trauma, as *guidelines* mais consensuais são as do *American College of Surgeons Committee on Trauma*.

Dispondo de instrumentos aceites em larga escala, devidamente validados, estes devem ser sempre considerados como os a serem utilizados.

1.4.Importância do Tema

A formação/sensibilização planeada não pretende ser um curso de SAV ou SAV em Trauma. O tempo disponível, a impossibilidade de certificação e as condicionantes logísticas nunca o permitiriam. Tal facto não retira importância e pertinência ao tema. Pode ser um bom prólogo para esses cursos, bem como uma forma de cimentar conhecimentos adquiridos anteriormente.

Segundo o INEM (2011, p.56) “Dados de várias comunidades Europeias indicam que a incidência anual de paragens cardíacas (PCR) no pré hospitalar, por todos os ritmos, é de quase 40 por 100 000 habitantes...” e “A incidência de PCR intra-hospitalar é mais variável, variando de 1 a 5 por 1000 internamentos.”. Estes números indicam que não é um acontecimento raro, e quanto melhor preparados os profissionais de saúde estiverem melhor poderão lidar com as situações de PCR. Noutra perspectiva, o INEM (2011, p.56-57) alerta que em ambiente intra-hospitalar “...a PCR não é habitualmente um acontecimento súbito e inesperado mas o resultado de uma falência progressiva, com sinais de alerta... que por vezes passam despercebidos ou são inapropriadamente tratados independentemente da causa/doença subjacente, os sinais de agravamento, com potencial risco de vida, são semelhantes... É fundamental reconhecer as vítimas em risco de PCR...”.

Em relação ao doente vítima de Trauma a direcção Geral de Saúde reconhece a incidência destas situações e refere que “ O Trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, incluindo Portugal.” (DGS, 2010,

p.1) e clarifica que “...existe potencial impacto na redução da mortalidade e morbilidade dos doentes traumatizados, com a adopção de medidas relativamente simples e custo-effectivas...” (DGS, 2010, p.1). No mesmo documento identificamos que nessas medidas é ponto-chave a constituição de equipas multidisciplinares com formação em Trauma nos Serviços de Urgência.

Em relação ao trabalho em equipa, e as competências inerentes para que seja conseguido, também é reconhecida a sua importância pelos organismos que emanam as *guidelines*. O INEM (2010, p.61) assume que “São igualmente importantes as competências „não-técnicas”, como capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho de equipa e comunicação estruturada. A realização de *briefings* e *debriefings* é aconselhada.” e , da mesma forma, a *Society of Trauma Nurses* (2008, p.1) refere que “O trabalho em equipa é essencial para a prestação de cuidados de qualidade em trauma.” e acrescenta que “O trabalho em equipa é um comportamento adquirido que só acontece existindo comunicação e prática eficazes.”.

Creio que os temas SAV e SAV em Trauma devem ser indissociáveis do tema Trabalho em Equipa. E todos eles são tidos como essenciais num Serviço de Urgência.

1.4.1. Pontos Chave

Não é pretensão desta formação/sensibilização, tornar-se ou equiparar-se a cursos acerca dos temas referidos. Existem no entanto alguns pontos que, na minha opinião, são incontornáveis para serem abordados. Pontos que poderão ser classificados como chave:

- Critérios de identificação de doente crítico (ou potencialmente crítico). A situação mais grave é a Paragem Córdio-Respiratória, mas que às vezes pode ser prevenida se atentos aos sinais de alarme.
- Identificação de ritmos cardíacos de Paragem e Peri-paragem. Não se trata de diagnosticar alguma condição mas sim conseguir identificar os principais ritmos que se enquadram nos descritos. A sua identificação é crítica para a correcta aplicação de *guidelines* de SAV e dos seus algoritmos.

- Diferenças no Algoritmo de SAV no Trauma. Já foi referido que o foco é a abordagem do doente crítico, pelo que o mais importante neste tema será a compreensão das diferenças no algoritmo.
- A importância do trabalho em equipa. Principalmente nas competências de comunicação eficaz e liderança, mas importa também referir os passos necessários para constituir uma equipa pluridisciplinar que funcione bem.

2. PÚBLICO ALVO E NECESSIDADES

O público alvo foi definido no âmbito do Projecto de estágio e constitui-se dos médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Central. As necessidades que estes sentem em termos de formação foram aferidas através de dois instrumentos de recolha de dados.

2.1. Questionários

Nos 3 campos de estágio em que decorreu/decorre o Ensino Clínico foi aplicado um questionário a cerca de 20 enfermeiros e 10 médicos com o intuito de caracterizar os elementos e a formação em emergência que possuíam e ainda identificar as necessidades de formação sentidas, bem como os aspectos negativos e positivos que poderiam influenciar o trabalho em equipa.

Apesar de, para esta planificação, importar apenas as necessidades dos elementos do Serviço de Urgência do Hospital Central, os resultados preliminares dos outros 2 serviços indicam uma transversalidade das necessidades sentidas. No quadro seguinte encontram-se os dados relativamente ao SU do H. Central.

		Enfermeiros		Médicos	
		N.º	%	N.º	%
SAV		12	85,7	2	40,0
Trauma		12	85,7	2	40,0
Trabalho em Equipa		1	7,1	2	40,0
Total		14	100,0	5	100,0
Factores Positivos	Tw Equipa	13	68,4	6	60,0
	Comunicação	9	47,4	5	50,0
	Formação	12	63,2	4	40,0
	Total	19	100,0	10	100,0
Factores Negativos	Tw Equipa	15	78,9	5	50,0
	Comunicação	8	42,1	6	60,0
	Formação	9	47,4	3	30,0
	Total	19	100,0	10	100,0

Os dados do quadro anterior deixam claro que os elementos questionados consideram os temas já referidos como importantes.

Resta referir que o público alvo desta formação serão os médicos e enfermeiros, em particular os mais novos, que ainda não tenham formação anterior em SAV e SAV Trauma. Admite-se ainda como alvo, aqueles que tenham estas formações há mais tempo e que não tenham frequentado reciclagens. O INEM (2010) admite que a partir dos 6 meses após o curso de SAV, as competências adquiridas decaem se não treinadas regularmente.

2.2. Grelha de Caracterização

Foi elaborado, e aplicado, um segundo instrumento de recolha de dados. Trata-se de uma grelha de caracterização do trabalho em equipa, preenchida como observador, em situações de abordagem de doente crítico. Este instrumento caracteriza as dimensões: identificação do doente como crítico, a liderança, a assertividade e a comunicação entre elementos.

Os resultados da caracterização apontam como mais fragilizadas as áreas da liderança, gestão de espaço, tomada de decisão e alguns aspectos da comunicação.

2.3. Temas a Abordar

Suporte Avançado de Vida:

1. Definição de doente crítico: “Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.” (SPCI, 2008, p.9).

2. A Cadeia de Sobrevivência



Fonte:Manual de Suporte avançado de Vida INEM (2011)

3. Critérios de identificação de doente crítico. A melhor estratégia é a prevenção da Paragem Cárdio-Respiratória.

Parâmetros	Alterações
Via aérea	Em dificuldade.
Respiração	Todas as paragens respiratórias FR < 5 cpm FR > 36 cpm
Circulação	Todas as PCR FC < 40 bpm FC > 140 bpm PA sistólica < 90 mmHg
Neurológico	Alteração súbita da consciência com diminuição do GCS > 2 pontos Convulsões repetidas/prolongadas
Outros	Qualquer doente que, sem preencher estes critérios, apresente situação preocupante.

Fonte:Manual de Suporte avançado de Vida INEM (2011)

4. O ABCDE. O seu significado e a razão da sua ordem. Principais intervenções em cada letra.

5. Breve abordagem da electrofisiologia do coração. Reconhecer os estímulos e ritmos normalmente associados.
6. Identificação de ritmos cardíacos. Os principais ritmos de paragem e peri-paragem identificados através de 6 perguntas sistemáticas. A sua importância para a escolha do algoritmo correcto.
 - a. Há actividade eléctrica?
 - b. Qual é a frequência ventricular (do QRS)?
 - c. O ritmo é regular ou irregular?
 - d. A duração do QRS é normal ou está alargada?
 - e. Há actividade auricular?
 - f. Qual é a relação da actividade auricular com a ventricular?
7. As causas reversíveis de PCR. Quais e a importância de sistematizar o seu despiste.

SAV em Trauma

1. A passagem do ABCDE para A_cB_oC_hDE_t. As especificidades na abordagem do doente vítima de trauma.
2. A importância do reporte do incidente. Entender a cinemática e prever gravidade e lesões potenciais.
3. A abordagem inicial no doente politraumatizado.
4. Os 4H e 4T no trauma. A sua utilização sistemática.
5. O choque. Os diferentes tipos espectáveis através das lesões.
6. A importância assumida do trabalho em equipa no cuidado ao doente politraumatizado. As indicações da DGS.

O trabalho em equipa (baseado nas aulas sobre este tema da Prof.^a Patrícia Rosado Pinto, ESEL,2010)

1. Importância do trabalho em equipa na abordagem do doente crítico. A desorganização, a tensão, a falta de conhecimentos e os conflitos. Revisão das recomendações da DGS para o Trauma;

2. Características de equipas eficazes:
 - a. Objectivos e resultados esperados claros
 - b. Clima colaborativo
 - c. Movida por resultados
 - d. *Standards* de excelência
 - e. Membros competentes
 - f. Forte suporte formal e informal
 - g. Esforço comum de todos os membros
 - h. Liderança forte.
3. A formação interdisciplinar como forma de aquisição de competências de trabalho em grupo para formar uma equipa eficaz.
 - a. Conhecimento (partilha de modelos mentais, núcleo comum de conhecimentos)
 - b. Confiança mútua (estabilidade na composição da equipa)
 - c. Apoio mútuo (solidariedade)
 - d. Atitudes positivas para o trabalho em equipa
 - e. Comunicação eficaz.
4. Competências não técnicas referidas pelo INEM (2011) para os elementos que integrem equipas de SAV.
 - a. Liderança;
 - b. Gestão de tarefas;
 - c. Trabalho em equipa;
 - d. Comunicação estruturada;
 - e. *Briefings* e *debriefings*.
5. Resultados da caracterização pelas grelhas de observação. As dimensões mais fragilizadas e a necessidade de aperfeiçoamento.
 - a. A tomada de decisão conjunta.
 - b. A definição de *team leader*.
 - c. A gestão de espaço.
 - d. A definição de objectivos.
 - e. O *debriefing*.
6. Conflito de competências – Mito ou realidade?

3. OBJECTIVOS

Suporte avançado de vida

Que os formandos sejam capazes de:

1. Mencionar 5 critérios de identificação de doente crítico ou potencialmente crítico;
2. Identificar o significado da sigla ABCDE;
3. Mencionar os seis passos para identificação de ritmo cardíaco;
4. Descrever a importância da revisão sistemática das causas reversíveis de PCR.

SAV em Trauma

Que os formandos sejam capazes de:

1. Identificar o significado da sigla AcBoChDEt;
2. Descrever a importância do reporte do incidente;
3. Enumerar 3 tipos diferentes de choque possíveis em trauma;
4. Enumerar os sinais de choque.

Trabalho em equipa

Que os formandos sejam capazes de:

1. Identificar os elementos mínimos necessários para equipa de trauma e a formação que devem possuir;
2. Enumerar 4 competências de trabalho em grupo;
3. Identificar o papel do *team leader* e o seu posicionamento;
4. Justificar a importância da definição precoce de objectivos de tratamento.

4. ESTRATÉGIAS

Numa acção de formação/sensibilização em grupo, mesmo que pequeno, as formas de aprendizagem mantêm-se individuais, como já foi referido, a aprendizagem é um processo individual. Pinto (2011) refere, adaptando Felder e Soloman, que existem estudantes activos e reflexivos, cognitivos e intuitivos, visuais e verbais e sequenciais e globais, cada um com aprendizagens mais susceptíveis a diferentes formas de ensino.

Pretende-se assim utilizar diferentes formas de passar a mensagem pretendida de forma a que seja o melhor assimilada possível.

Pretende-se também aproveitar os pontos comuns entre os temas para os interligar.

Espera-se que o grupo de formandos não seja grande, propondo 15 elementos como número ideal.

As sessões serão publicitadas em impresso próprio do serviço a serem colocados em várias salas do SU.

4.1. Formadores

Sendo o público alvo composto de médicos e enfermeiros, por uma questão de credibilidade perante os formandos, o ideal seria que os formadores fossem médico e enfermeiro. No entanto as condicionantes de tempo, preparação e disponibilidade de elemento médico tornam esta premissa difícil de atingir. Desta forma o plano de formação/sensibilização conta apenas com um formador, que serei eu, enfermeiro.

4.2. Técnicas de Formação

Respeitando as características individuais de cada formando, serão utilizadas técnicas diferentes nos vários momentos da sessão.

Num primeiro tempo será utilizado a conferência, com recurso audiovisual. A esta parte corresponderá a informação teórica que sustentará as seguintes. Pretende-se que não seja demasiado expositiva mas também participativa.

Num segundo tempo, serão utilizados pequenos exercícios práticos exemplificativos de alguns conceitos para melhor visualização dos seus efeitos. Poder-se-á recorrer a *role-playing*.

Num último momento recorrer-se-á a um caso prático, mais ou menos dilemático, para reflexão e discussão em grupo total ou de 5 elementos.

Em todos os momentos será privilegiada a participação activa dos formandos, espontânea ou sugestionada pelo formador.

4.3. Sessões, Duração, e Recursos Necessários

Neste capítulo duas soluções emergiram:

Solução 1:

Os temas seriam apresentados num dia dedicado para o efeito. Efectuar-se-ia uma única sessão de formação, intervalada para pausa e almoço, num total de 8 horas, sendo 6 de trabalho efectivo.

A apresentação teórica decorreria com duração de 1h para cada tema, intervalados para pequenos exercícios práticos com duração de 20m para cada tema, num total de 4h.

As últimas 2h seriam dedicadas a casos práticos para reflexão e discussão e os últimos 20m para o preenchimento dos instrumentos de avaliação.

Necessitaria como recursos de uma sala de tamanho adequado com espaço sentado e para a realização dos exercícios, de projector para o meio audiovisual e de algum material clínico para obter realismo nos exercícios (ex.: monitor/desfibrilhador, soros, sistemas de soro, compressas, talas de imobilização).

Esta solução seria a mais válida e a que melhor corresponderia ao conceito de formação. Garantiria o mesmo público em todos os temas e uma interligação mais imediata, sem lapsos de tempo de maior.

Noutra perspectiva também seria a que mais facilmente obteria apoio de um médico para co-formador, aumentando as hipóteses de ter público misto.

Solução 2:

Esta solução acomoda uma sequência de 3 sessões com duração de 2h cada e em dias diferentes. A duração total na abordagem dos 3 temas será as mesmas 6h, mas fragmentadas. Nesta situação as sessões não seriam de formação mas sim de sensibilização.

Manter-se-ia a organização do tempo em 3 momentos para as diferentes técnicas.

Existiria o risco de as 3 sessões acomodarem públicos ligeiramente ou muito diferentes e poucos elementos acederem às 3 sessões.

Numa perspectiva de exequibilidade, esta forma de organização terá mais hipóteses de sucesso pelas seguintes razões:

- Pode ser efectuada em contexto de formação em serviço, logo não será necessário os elementos despenderem de tempo exclusivamente para as sessões, que na maior parte das instituições não é compensado.
- Pode ser executado por um só formador, enfermeiro. O facto de no serviço estarem médicos de permanência pode compensar a questão de credibilidade da formação ser ministrada por um enfermeiro e ter a presença de médicos.
- Os recursos necessários seriam sensivelmente os mesmos.

Apesar de não ser a solução mais válida, por parecer a mais exequível e com maior probabilidade de aceitação, será esta a escolhida.

5. AVALIAÇÃO

A avaliação é um ponto crucial nestas sessões de formação/sensibilização. É esta que vai proporcionar o *feed-back* sobre a aprendizagem dos formandos e daí tirar ilações sobre o cumprimento dos objectivos. Se a avaliação indicar que os objectivos foram atingidos poder-se-á inferir sobre o sucesso da formação/sensibilização.

A avaliação será efectuada através de 2 instrumentos. No início e final de cada sessão um curto teste com perguntas de resposta curta ou resposta fechada que coincidirão com as formulações referidas no capítulo 3 – Objectivos será entregue, sendo que as diferenças nas respostas pré e pós sessão indicarão o que foi apreendido. Um segundo instrumento será um inquérito de satisfação disponibilizado pelo serviço (**Anexo II**) a ser preenchido no final da sessão.

6. BIBLIOGRAFIA

Decreto-lei N.º111/2009. D.R. 1ª Série – N.º 180 – 16 de Fevereiro de 2009, 6547-6549.

Regulamento N.º 14/2009. D.R. 2.ª série – N.º 8 – 13 de Janeiro de 2009, 1355-1369.

Pinto, P. R. (2011). “**Comunicação Eficaz**”. Caderno de Apoio ao Workshop. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).

Nolan, J.P *et al* (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

Section 1. Executive summary. **Elsevier Resuscitation** n.º81, p. 1219-1276.

American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). **Advanced Trauma Life Support Student Course Manual**. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.

Society of Trauma Nurses (2008). **Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual**. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). **Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).

Direcção Geral de Saúde (2010). **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). **Transportes de Doentes Críticos – Recomendações**. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)

Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.

Apêndice 15

Planos de Sessões de Sensibilização

Plano da Sessão

1. Tema da Sessão

SUORTE AVANÇADO DE VIDA: o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico

2. Local e Data da Sessão

Serviço de Urgência do Hospital Central:

7 de Fevereiro de 2012 - 10h-11h e 11h05m – 12h05m

8 de Fevereiro de 2012 - 10h-11h e 11h05m – 12h05m

3. Público Alvo

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência do Hospital Central

4. Duração da Sessão

Cada sessão terá uma duração de 60 minutos: 40 minutos para apresentação, 5 minutos para pequenos exercícios práticos, 10 minutos para discussão e 5 minutos para avaliação.

5. Finalidade

Desenvolver e reforçar conhecimentos/competências para identificação e abordagem de doente em situação crítica, de forma sistemática e em consonância com os princípios do Suporte Avançado de Vida, bem como da necessidade do trabalho em equipa para o sucesso deste.

6. Objectivos

Que os formandos sejam capazes de:

1. Mencionar 5 critérios de identificação de doente crítico ou potencialmente crítico;
2. Mencionar os seis passos para identificação de ritmo cardíaco;

3. Identificar 2/3 das competências para o trabalho em equipa abordadas na sessão;

7. Metodologia e Recursos

As metodologias a utilizar serão as expositiva, com recurso a apresentação em *powerpoint*, reflexiva para envolvimento do público alvo, e participativa, através de um exercício prático.

Utilização de sala com capacidade para 15 formandos e projector.

8. Avaliação

A avaliação será efectuada através de 2 instrumentos. No início e final de cada sessão um curto teste com perguntas de resposta curta ou resposta fechada, que coincidirão com as formulações referidas em Objectivos, será entregue, sendo que as diferenças nas respostas pré e pós sessão indicarão o que foi apreendido. Um segundo instrumento será um inquérito de satisfação disponibilizado pelo serviço a ser preenchido no final da sessão.

Sumário

O ambiente de um serviço de urgência é, compreensivelmente, complexo, quer pelas especificidades da situação de saúde dos utentes, quer pelo número de profissionais, de várias áreas, envolvidos. Numa era de avanços tecnológicos e científicos cada vez mais rápidos, torna-se mais premente que os profissionais acompanhem esses avanços em tempo útil, de forma a poderem ser assegurados cuidados e procedimentos correctos, quer técnicos quer científicos. A qualidade dos cuidados prestados encontra-se também associada a estas premissas.

A sessão de sensibilização será planeada sob os pressupostos pedagógicos da formação de adultos, das *guidelines* emanadas pelo *European Resuscitation Council*, do Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), dos manuais dos cursos de ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) e ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) e da bibliografia consultada sobre trabalho em equipa e formação interdisciplinar.

O INEM (2011, p.56-57) alerta que em ambiente intra-hospitalar “...a PCR não é habitualmente um acontecimento súbito e inesperado mas o resultado de uma falência progressiva, com sinais de alerta... que por vezes passam despercebidos ou são inapropriadamente tratados independentemente da causa/doença subjacente, os sinais de agravamento, com potencial risco de vida, são semelhantes... É fundamental reconhecer as vítimas em risco de PCR...”. A mesma instituição (2010, p.61) assume que “São igualmente importantes as competências não-técnicas, como capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho de equipa e comunicação estruturada. A realização de briefings e debriefings é aconselhada.” e, da mesma forma, a *Society of Trauma Nurses* (2008, p.1) refere que “O trabalho em equipa é essencial para a prestação de cuidados de qualidade em trauma.” e acrescenta que “O trabalho em equipa é um comportamento adquirido que só acontece existindo comunicação e prática eficazes.”.

Não é pretensão desta sensibilização, tornar-se ou equiparar-se a um curso de SAV. Existem no entanto alguns pontos que, na minha opinião, são incontornáveis para serem abordados. Pontos que poderão ser classificados como chave:

8. Critérios de identificação de doente crítico (ou potencialmente crítico). A situação mais grave é a Paragem Cárdio-Respiratória, mas que às vezes pode ser prevenida se atentos aos sinais de alarme.
9. O ABCDE. O seu significado e principais intervenções em cada letra.

10. Identificação de ritmos cardíacos de Paragem e Peri-paragem. Não se trata de diagnosticar alguma condição mas sim conseguir identificar os principais ritmos que se enquadram nos descritos. A sua identificação é crítica para a correcta aplicação de *guidelines* de SAV e dos seus algoritmos.
11. A Cadeia de Sobrevivência. A importância dos seus elos. A noção de que, se quebrada, o prognóstico do doente fica comprometido. Noção de que uma cadeia quebra pelo elo mais fraco;
12. A importância do trabalho em equipa para o funcionamento da cadeia de sobrevivência, nomeadamente um corpo de conhecimentos comum, a comunicação e as competências para o trabalho em equipa;

MOMENTOS	ACTIVIDADES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e informação do tema; - Comunicar a finalidade e objectivos para a sessão. - Preenchimento da 1ª avaliação. 	- Expositivo	- Diapositivos power point e projector;	<u>5 minutos</u>
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de doente crítico - Critérios de identificação de doente crítico - O ABCDE. O seu significado e principais intervenções em cada letra - Identificação de ritmos cardíacos de paragem e peri-paragem. - A Cadeia de Sobrevivência - Exercício prático de quebra da cadeia pelo elo mais fraco. - Competências para trabalho em equipa na manutenção da cadeia de sobrevivência 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Descritivo - Reflexivo - Participativo 	- Diapositivos power point e projector;	<u>35 minutos</u>
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese; - Apresentação da bibliografia. 	- Expositivo	- Diapositivos power point e projector;	<u>5 minutos</u>
DISCUSSÃO	- Discussão com o grupo e apresentação de dúvidas	Interactivo Reflexivo		<u>10 minutos</u>
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento da segunda avaliação. - Preenchimento de avaliação da sessão. 			<u>5 minutos</u>

Bibliografia

Decreto-lei N.º 111/2009. D.R. 1ª Série – N.º 180 – 16 de Fevereiro de 2009, 6547-6549.

Regulamento N.º 14/2009. D.R. 2.ª série – N.º 8 – 13 de Janeiro de 2009, 1355-1369.

Pinto, P. R. (2011). **“Comunicação Eficaz”**. Caderno de Apoio ao Workshop. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).

Nolan, J.P *et al* (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. **Elsevier Resuscitation** n. º81, p. 1219-1276.

American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). **Advanced Trauma Life Support Student Course Manual**. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.

Society of Trauma Nurses (2008). **Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual**. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). **Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).

Direcção Geral de Saúde (2010). **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). **Transportes de Doentes Críticos – Recomendações**. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)

Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.

Plano da Sessão

1. Tema da Sessão

SAV EM TRAUMA: O trabalho em equipa e a formação interdisciplinar na abordagem do doente crítico.

2. Local e Data da Sessão

Serviço de Urgência do Hospital Central:

13 de Fevereiro de 2012 - 10h-11h e 11h05m – 12h05m

17 de Fevereiro de 2012 - 10h-11h e 11h05m – 12h05m

3. Público Alvo

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência do Hospital Central

4. Duração da Sessão

Cada sessão terá uma duração de 60 minutos: 40 minutos para apresentação, 5 minutos para pequenos exercícios práticos, 10 minutos para discussão e 5 minutos para avaliação.

6. Finalidade

Desenvolver e reforçar conhecimentos/competências para a abordagem da pessoa em situação crítica vítima de trauma, compreendendo a importância do trabalho em equipa e da formação interdisciplinar para a prestação dos cuidados de saúde.

5. Objectivos

Que os formandos sejam capazes de:

5. Descrever a importância do reporte do incidente;

6. Identificar o significado da sigla AcBoChDEt;
7. Identificar o número de elementos mínimos necessários para equipa de trauma e a formação que devem possuir;
8. Enumerar 50% das características das equipas eficazes;
9. Enumerar duas vantagens da formação interdisciplinar para a prestação de cuidados de urgência;

7. Metodologia e Recursos

As metodologias a utilizar serão as expositiva, com recurso a apresentação em *powerpoint*, reflexiva para envolvimento do público alvo, e participativa, através de um exercício prático.

Utilização de sala com capacidade para 15 formandos e projector.

8. Avaliação

A avaliação será efectuada através de 2 instrumentos. No início e final de cada sessão um curto teste com perguntas de resposta curta ou resposta fechada, que coincidirão com as formulações referidas em Objectivos, será entregue, sendo que as diferenças nas respostas pré e pós sessão indicarão o que foi apreendido. Um segundo instrumento será um inquérito de satisfação disponibilizado pelo serviço a ser preenchido no final da sessão.

Sumário

O ambiente de um serviço de urgência é, compreensivelmente, complexo, quer pelas especificidades da situação de saúde dos utentes, quer pelo número de profissionais, de várias áreas, envolvidos. Numa era de avanços tecnológicos e científicos cada vez mais rápidos, torna-se mais premente que os profissionais acompanhem esses avanços em tempo útil, de forma a poderem ser assegurados cuidados e procedimentos correctos, quer técnicos quer científicos. A qualidade dos cuidados prestados encontra-se também associada a estas premissas.

A sessão de sensibilização será planeada sob os pressupostos pedagógicos da formação de adultos, das *guidelines* emanadas pelo *European Resuscitation Council*, do Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e dos manuais dos cursos de ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) e ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) e da bibliografia consultada sobre trabalho em equipa e formação interdisciplinar.

O INEM (2010, p.61) assume que “São igualmente importantes as competências, não-técnicas, como capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho de equipa e comunicação estruturada. A realização de briefings e debriefings é aconselhada.” e , da mesma forma, a *Society of Trauma Nurses* (2008, p.1) refere que “O trabalho em equipa é essencial para a prestação de cuidados de qualidade em trauma.” e acrescenta que “O trabalho em equipa é um comportamento adquirido que só acontece existindo comunicação e prática eficazes.”.

Não é pretensão desta sensibilização, tornar-se ou equiparar-se a um curso de SAV em Trauma. Existem no entanto alguns pontos que, na minha opinião, são incontornáveis para serem abordados. Pontos que poderão ser classificados como chave:

7. A passagem do ABCDE para AcBoChDEt. As especificidades na abordagem do doente vítima de trauma.
8. A importância assumida do trabalho em equipa no cuidado ao doente politraumatizado. As indicações da DGS.
9. Características de equipas eficazes.
10. As vantagens da formação interdisciplinar como método de formação em SAV, Trauma e competências de trabalho em equipa.
11. Resultados da caracterização pelas grelhas de observação. As dimensões mais positivas e as mais fragilizadas.

MOMENTOS	ACTIVIDADES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e informação do tema; - Comunicar a finalidade e objectivos para a sessão. - Preenchimento da 1ª avaliação. 	- Expositivo	- Diapositivos power point e projector;	<u>5 minutos</u>
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - A abordagem inicial no doente politraumatizado: <ul style="list-style-type: none"> • A importância do reporte do incidente. Entender a cinemática e prever gravidade e lesões potenciais. • A passagem do ABCDE para AcBoChDEt. As especificidades na abordagem do doente vítima de trauma. - A importância assumida do trabalho em equipa no cuidado ao doente politraumatizado. As indicações da DGS. - Características de equipas eficazes - As vantagens da formação interdisciplinar como método de formação - Exercício prático sobre comunicação. - Resultados da caracterização pelas grelhas de observação. As dimensões mais positivas e as mais fragilizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Descritivo - Reflexivo - Participativo 	- Diapositivos power point e projector;	<u>35 minutos</u>
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese; - Apresentação da bibliografia. 	- Expositivo	- Diapositivos power point e projector;	<u>5 minutos</u>
DISCUSSÃO	- Discussão com o grupo e apresentação de dúvidas	Interactivo Reflexivo		<u>10 minutos</u>
AValiação	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento da segunda avaliação. - Preenchimento de avaliação da sessão. 			<u>5 minutos</u>

Bibliografia

Decreto-lei N.º111/2009. D.R. 1ª Série – N.º 180 – 16 de Fevereiro de 2009, 6547-6549.

Regulamento N.º 14/2009. D.R. 2.ª série – N.º 8 – 13 de Janeiro de 2009, 1355-1369.

Pinto, P. R. (2011). **“Comunicação Eficaz”**. Caderno de Apoio ao Workshop. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).

Nolan, J.P *et al* (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. **Elsevier Resuscitation** n. º81, p. 1219-1276.

American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). **Advanced Trauma Life Support Student Course Manual**. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.

Society of Trauma Nurses (2008). **Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual**. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). **Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).

Direcção Geral de Saúde (2010). **Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). **Transportes de Doentes Críticos – Recomendações**. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)

Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.

Apêndice 16

*Apresentação Powerpoint das
Sensibilizações*

SUORTE AVANÇADO DE VIDA: O Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico

Discente:
Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira, nº 3721

Orientadoras:
Ent.ª Sónia Roque
Ent.ª Luísa Chambel

Docentes responsáveis:
Prof.ª Florinda Galinha
Prof.ª Patrícia Rosado Pinto

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2012

Sumário



- Finalidade
- Objectivos
- Definição de doente crítico
- Critérios de identificação de doente crítico
- O ABCDE. O seu significado e principais intervenções em cada letra
- Identificação de ritmos cardíacos de paragem e peri-paragem.
- A Cadeia de Sobrevivência
- Exercício prático de quebra da cadeia pelo elo mais fraco.
- Competências para trabalho em equipa na manutenção da cadeia de sobrevivência

Finalidade

Desenvolver e reforçar conhecimentos/competências para identificação e abordagem de doente em situação crítica, de forma sistemática e em consonância com os princípios do Suporte Avançado de Vida, bem como da necessidade do trabalho em equipa para o sucesso deste.



Justificação do Tema

		Enfermeiros		Médicos	
		N.º	%	N.º	%
SAV		12	85,7	2	40,0
Trauma		12	85,7	2	40,0
Trabalho em Equipa		1	7,1	2	40,0
Total		14	100,0	5	100,0
Factores Positivos	Trabalho em Equipa	13	68,4	6	60,0
	Comunicação	9	47,4	5	50,0
	Formação	12	63,2	4	40,0
	Total	19	100,0	10	100,0
Factores Negativos	Trabalho em Equipa	15	78,9	5	50,0
	Comunicação	8	42,1	6	60,0
	Formação	9	47,4	3	30,0
	Total	19	100,0	10	100,0

Objectivos

- Mencionar 5 critérios de identificação de doente crítico ou potencialmente crítico;
- Mencionar os passos para identificação de ritmo cardíaco;
- Identificar 75% das competências para o trabalho em equipa abordadas;

Doente Crítico

Definição

- “Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.” (SPCI, 2008, p.9).

Doente Crítico

Critérios de Identificação de Doente Crítico

Parâmetros	Alterações
Via aérea	Em dificuldade Todas as paragens respiratórias
Respiração	FR < 5 rpm FR > 36 rpm
Circulação	Todas as PCR FC < 40 bpm FC > 140 bpm PA sistólica < 90 mmHg
Neurológico	Alteração súbita da consciência com diminuição do GCS > 2 pontos Convulsões repetidas/prolongadas
Outros	Qualquer doente que, sem preencher estes critérios, apresente situação preocupante

Fonte: Manual de Suporte avançado de Vida (NEM 2011)

ABCDE



A	• VIA AÉREA	Desobstruir/permeabilizar
B	• VENTILAÇÃO	Ventilar/Oxigenar
C	• CIRCULAÇÃO	Perfundir
D	• DÉFICITS	Avaliação Neurológica
E	• EXPOSIÇÃO	Expor a pele

Algoritmos de Emergência

**DEPENDEM DA
IDENTIFICAÇÃO DO
RITMO CARDÍACO !!!**

Identificação de Ritmos Cardíacos

**ONDAS DE ACTIVIDADE
ELÉCTRICA**

Complexo QRS:
Contração Ventricular

Onda P:
Contração Auricular

Onda T:
Despolarização
Ventricular



Identificação de Ritmos Cardíacos

6 SIMPLES QUESTÕES

1

• Há actividade eléctrica?

2

• Qual é a frequência ventricular (do QRS)?

3

• O ritmo é regular ou irregular?

4

• A duração do QRS é normal ou está alargada?

5

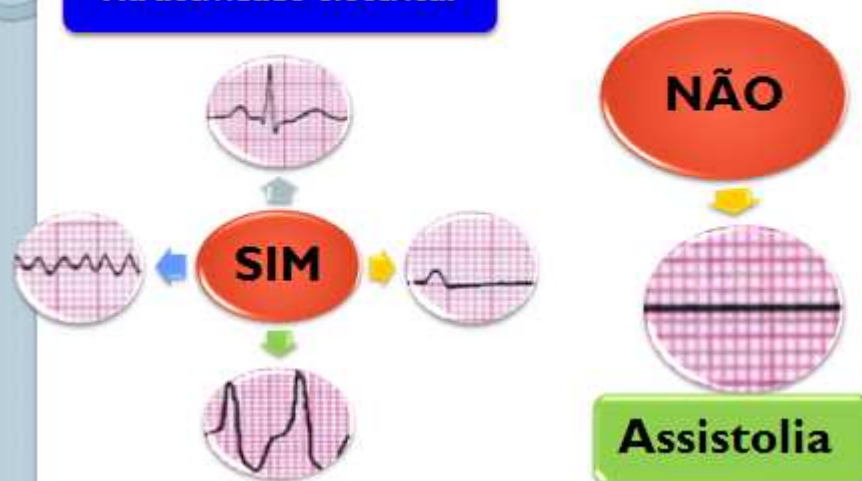
• Há actividade auricular?

6

• Qual é a relação da actividade auricular com a ventricular?

Identificação de Ritmos Cardíacos

Há actividade eléctrica?



Identificação de Ritmos Cardíacos

Qual é a frequência ventricular (do QRS)?

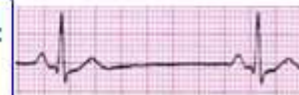
Entre 60 e 120 bpm:
Normocardia



Mais que 120 bpm:
Taquicardia



Menos de 60 bpm:
Bradicardia



Identificação de Ritmos Cardíacos

O ritmo é regular ou irregular?

Regular



Irregular



Caótico



Fibrilhação Ventricular

Identificação de Ritmos Cardíacos

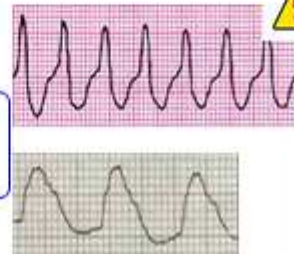
A duração do QRS é normal ou está alargada?

Normal



Taquicardia
Supra-
ventricular

Alargada



Taquicardia
Ventricular
(Verificar pulso)

Identificação de Ritmos Cardíacos

Há actividade auricular?

SIM



NÃO



Ritmo Juncional

Identificação de Ritmos Cardíacos

Qual é a relação da actividade auricular com a ventricular?

1:1



Alterada



Fibrilhação
Auricular



BAV Completo

A Cadeia de Sobrevivência



Fonte: Manual de Suporte avançado de Vida INEM (2011)

Quatro elos ou acções em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é vital para que o resultado final possa ser uma vida salva. A cadeia de sobrevivência tem apenas a força que tiver o seu elo mais fraco, pelo que, idealmente, todos os elos deveriam ser igualmente fortes / resistentes

EXERCÍCIO

A Cadeia de Sobrevivência



“Os erros na medicina são mais frequentes devido a interações entre factores humanos, como deficiente trabalho em equipa e deficiente comunicação, do que devido a erros individuais”

Eppich et al (2008)

Trabalho em Equipa

“São igualmente importantes as competências não técnicas, como capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho de equipa e comunicação estruturada.”

INEM, Manual de SAV (2001 I)

Trabalho em Equipa

Como transformar uma
Equipa de Peritos...

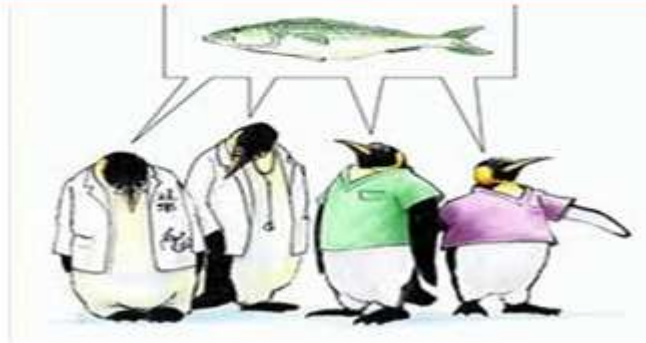


...numa
Equipa
Perita?



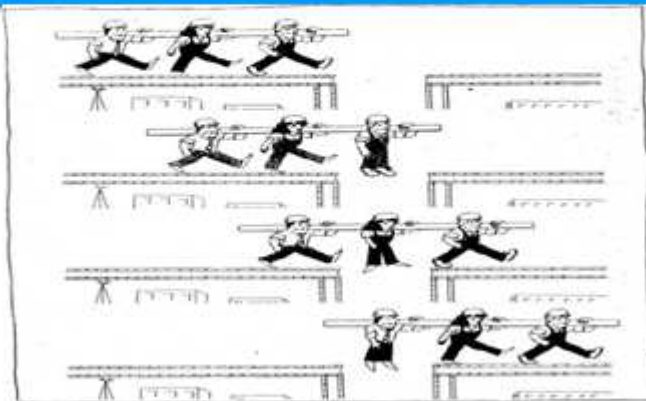
Competências de Trabalho em Equipe

Corpo e modelos de conhecimento comuns... formação conjunta; treino em contexto real.



Competências de Trabalho em Equipe

Confiança Mútua... estabilidade na composição da equipa



Competências de Trabalho em Equipe

Apoio Mútuo... Solidariedade;
socialização.



Competências de Trabalho em Equipe

Atitudes positivas em relação ao trabalho
em equipa... reconhecimento de importância



Competências de Trabalho em Equipa

Comunicação... estruturada, concisa, assertiva



Competências de Trabalho em Equipa

Liderança... gestão de tarefas, gestão de espaço, definição de objectivos.



Bibliografia

- Pinto, P.R. (2011). "Comunicação Eficaz". Caderno de Apoio ao Workshop, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).
- Nolan, J.P et al (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
- Section 1. Executive summary. Elsevier Resuscitation n.º 81, p. 1219-1276.
- American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.
- Society of Trauma Nurses (2008). Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).
- Direcção Geral de Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa N.º 07/DQS/DQCO.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos – Recomendações. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)
- Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência. (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto, ESEL, 2010.

Discussão

Avaliação

SAVEM TRAUMA: O trabalho em equipa e a formação interdisciplinar na abordagem do doente crítico.

Discente:
Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira, nº 3721

Orientadoras:
Enf.ª Sónia Roque
Enf.ª Luísa Chambel

Docentes responsáveis:
Prof.ª Flávia Galinha
Prof.ª Patrícia Rosado Pinto

Lisboa, 17 de Fevereiro de 2012

Sumário



- Finalidade
- Objectivos
- A abordagem inicial no doente politraumatizado:
 - A passagem do ABCDE para A-C-B-C-D-E. As especificidades na abordagem do doente vítima de trauma.
 - A importância do reporte do incidente. Entender a cinemática e prever gravidade e lesões potenciais.
- A importância assumida do trabalho em equipa no cuidado ao doente politraumatizado. As indicações da DGS.
- Características de equipas eficazes
- As vantagens da formação interdisciplinar como método de formação
- Exercício prático sobre comunicação
- Resultados da caracterização pelas grelhas de observação

Finalidade

Desenvolver e reforçar conhecimentos/competências para a abordagem da pessoa em situação crítica vítima de trauma, compreendendo a importância do trabalho em equipa e da formação interdisciplinar para a prestação dos cuidados de saúde.



Objectivos

- Descrever a importância do reporte do incidente
- Identificar o significado da sigla Ac Bo Ch D Et
- Identificar o número de elementos mínimos necessários para equipa de trauma e a formação que devem possuir
- Enumerar 50% das características das equipas eficazes
- Enumerar duas vantagens da formação interdisciplinar para a prestação de cuidados de urgência

Justificação do Tema

		Enfermeiros		Médicos	
		N.º	%	N.º	%
SAV		12	85,7	2	40,0
Trauma		12	85,7	2	40,0
Trabalho em Equipa		1	7,1	2	40,0
Total		14	100,0	5	100,0
Factores Positivos	Tw Equipa	13	68,4	6	60,0
	Comunicação	9	47,4	5	50,0
	Formação	12	63,2	4	40,0
	Total	19	100,0	10	100,0
Factores Negativos	Tw Equipa	15	78,9	3	50,0
	Comunicação	8	42,1	6	60,0
	Formação	9	47,4	3	30,0
	Total	19	100,0	10	100,0

O Trauma

ESTATÍSTICAS:

PRINCIPAL CAUSA DE MORTE ENTRE OS 1 E 44 ANOS

ESTIMA-SE QUE EM 2020, 1 EM 10 PESSOAS MORRÃO POR SEQUÊNCIA DE LESÕES TRAUMÁTICAS

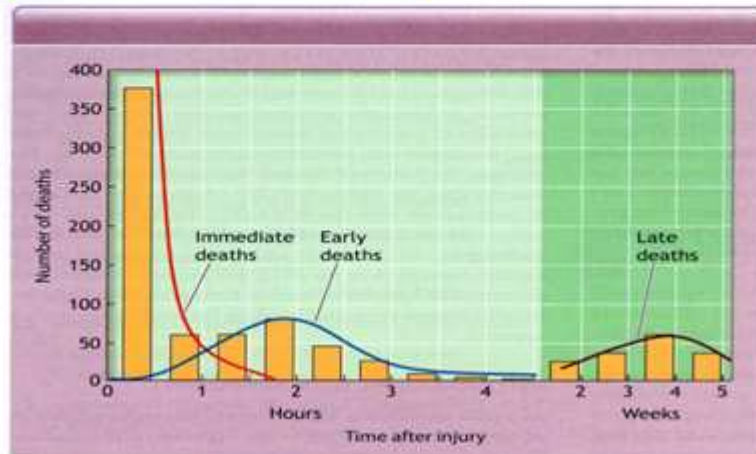
CUSTOS COM O TRAUMA ESTIMAM-SE EM 500 MIL MILHÕES DE DÓLARES A NÍVEL MUNDIAL (CUSTOS DIRECTOS)

RESPONSÁVEL POR 12% DA MORBILIDADE MUNDIAL

Fonte: Manual ATLS 1ª edição

O Trauma

DISTRIBUIÇÃO TRIMODAL DAS MORTES



Abordagem inicial no politraumatizado

PRINCÍPIOS

Tratar primeiro a maior ameaça para a vida

A falta de diagnóstico definitivo nunca deve impedir a aplicação de um tratamento adequado

Uma anamnese detalhada não é essencial para o início da avaliação de um doente com lesões agudas...

MAS...

Abordagem inicial no politraumatizado



Abordagem inicial no politraumatizado

Ac Bo Ch D Et



Ac	• VIA AÉREA (Com controlo cervical)	Desobstruir/Permeabilizar/ Protecção cervical
Bo	• VENTILAÇÃO (Com oxigénio)	Ventilar/Oxigenar
Ch	• CIRCULAÇÃO (com controlo de hemorragia)	Perfundir/Repôr volume/ Minimizar perdas
D	• DÉFICITS	Avaliação Neurológica
Et	• EXPOSIÇÃO (Com controlo de temperatura)	Expor a pele/evitar hipotermia

Abordagem inicial no politraumatizado

A Filosofia

Direcção Geral de Saúde

Circular
Normativa N.º:
07/DQS/DQCO
DATA: 31/03/2010

- A abordagem inicial do doente traumatizado deve ser efectuada em qualquer nível de cuidados. Mais do que dos recursos existentes, a abordagem inicial está dependente da organização e da estruturação do atendimento.

**TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DEVEM TER
CAPACIDADE PARA PRESTAR CUIDADOS AO DOENTE
VÍTIMA DE TRAUMA!!!**

Abordagem inicial no politraumatizado

Metodologia

Direcção Geral de Saúde

Circular
Normativa N.º:
07/DQS/DQCO
DATA: 31/03/2010

- A metodologia de intervenção deve ser efectuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa, em que cada elemento tem objectivos claros e responsabilidades bem definidas, nessa sequência de intervenção, de modo a possibilitar uma mais rápida identificação e correcção das anomalias encontradas.

Abordagem inicial no politraumatizado

Critérios de activação da Equipa de Trauma

Sinais Vitais³ e Nível de Consciência:

- Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos / minuto
- SaO₂ < 90% com O₂ suplementar
- Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente

Fonte: DGS - Circular Normativa N.º 93/DQ5/DQCO - DATA: 31/03/2010

Abordagem inicial no politraumatizado

Critérios de activação da Equipa de Trauma

Anatomia da Lesão¹⁶:

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, perineo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Retalho costal
- Fractura de 2 ou + ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma + queimaduras
- Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, perineo, circunferenciais mãos ou pés

Fonte: DGS - Circular Normativa N.º 93/DQ5/DQCO - DATA: 31/03/2010

Abordagem inicial no politraumatizado

A Equipa Mínima

Direcção Geral de Saúde

Circular
Normativa N.º:
07/DQS/DQCO
DATA: 31/03/2010

- **Médico com formação em Medicina de Emergência** - SAV (Suporte Avançado de Vida); SAVT (Suporte Avançado de Vida em Trauma); Formação em Emergências Pediátricas).
- **Enfermeiro com formação em cuidados de emergência** - SAV; Suporte de Vida em Trauma; Formação em Emergências Pediátricas.
- **Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com formação em cuidados de emergência** - idealmente, SAV; Suporte de Vida em Trauma; Formação em Emergências Pediátricas
- **Auxiliar de Acção Médica**, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência, com formação em SBV (Suporte Básico de Vida) e Técnicas de Trauma.

Abordagem inicial no politraumatizado

A Formação

Direcção Geral de Saúde

Circular
Normativa N.º:
07/DQS/DQCO
DATA: 31/03/2010

- **O programa de formação inclui cursos de três tipos:**
 - (1) Curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma, para médicos;
 - (2) Curso de Suporte (**Avançado?**) de Vida em Trauma, para enfermeiros;
 - (3) Curso de Técnicas de Trauma para auxiliares de acção médica.

Abordagem inicial no politraumatizado

AS LACUNAS?

Suporte Avançado de Vida
(Médicos e Enfermeiros)

Suporte Básico de Vida (AAM)

Emergências Pediátricas

Competências para trabalho em
equipa??

Abordagem inicial no politraumatizado

TRABALHO EM EQUIPA PORQUÊ?

"Os erros na medicina são mais frequentes devido a interações entre factores humanos, como deficiente trabalho em equipa e deficiente comunicação, do que devido a erros individuais"

Eppich et al (2008)

Mais do que dos recursos existentes, a abordagem inicial está dependente da organização e da estruturação do atendimento.

A metodologia de intervenção deve ser efectuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa...

Abordagem inicial no politraumatizado

CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPAS EFICAZES

- 1 • Membros competentes
- 2 • Esforço comum de todos os membros
- 3 • Forte suporte formal e informal
- 4 • Standards de excelência
- 5 • Objectivos e resultados esperados claros
- 6 • Movida por resultados
- 7 • Clima colaborativo
- 8 • Liderança forte

EXERCÍCIO

Não faças nada estúpido.

Não faças nada, estúpido.

Abordagem inicial no politraumatizado

FORMAÇÃO

O Código Deontológico dos Enfermeiros no art.º 88ª alínea c) refere que é dever do enfermeiro "Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;"

O Código Deontológico dos Médicos no art.º 9º refere que "O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (*leges artis*)."

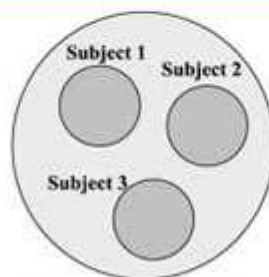
A Lei de Bases da Saúde na Base II – I i) refere que, na política de saúde "É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade."

Abordagem inicial no politraumatizado

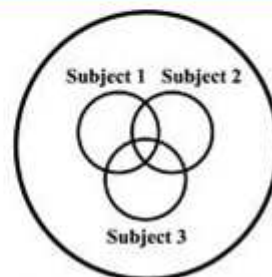
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR

A formação interprofissional ocorre nas ocasiões em que membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com, sobre e através destas para melhorar a colaboração e qualidade de cuidados.

(CAIPE, 2006)



MULTIDISCIPLINARY
PROJECTS



INTERDISCIPLINARY
PROJECTS

Formação Interdisciplinar

VANTAGENS

Promover transversalmente competências analíticas para tomada de decisão, competências de liderança, de gestão e de comunicação.

Quebrar barreiras entre as profissões, enquanto impulsionadora de relações colaborativas e não exclusivamente hierárquicas em equipas eficientes.

Aquisição de saberes e competências necessárias para trabalho colaborativo

Mecanismo para promover o desenvolvimento da prática e a melhoria dos serviços.

Formação Interdisciplinar

VANTAGENS



Caracterização do Trabalho em Equipe

DIMENSÕES



Caracterização do Trabalho em Equipe

Identificação

		N.º	%
Identificado como Crítico por?	CODU	4	57,1
	Enf. Triagem	2	28,6
	Méd. Sector	1	14,3
Inf. antecedeu chegada?	Sim	0	0,0
	Não	7	100,0
Briefing?	Sim	0	0,0
	Não	7	100,0
Especialidade:	Med Interna	5	71,4
	Cirurgia	2	28,6
1ª Avaliação por?	Médico	1	14,3
	Enfermeiro	0	0,0
	Em conjunto	6	85,7

Caracterização do Trabalho em Equipe

Team Leader

			N.º	%
Houve definição?	Sim	Formal	0	0,0
		Informal	7	100,0
		Médico	7	100,0
		Enfermeiro	0	0,0
	Não	0	0,0	
Distribuiu tarefas?	Sim	0	0,0	
	Não	7	100,0	
Definiu Prioridades?	Sim	2	28,6	
	Não	5	71,4	
Definiu Objectivos?	Sim	0	0,0	
	Não	7	100,0	
Seguiu guidelines?	Sim	2	28,6	
	Não	2	28,6	
	Não Aplicável	3	42,9	

Caracterização do Trabalho em Equipa

Assertividade

		N.º	%
Tom de voz adequado?	Sim	7	100,0
	Não	0	0,0
Discurso adequado?	Sim	7	100,0
	Não	0	0,0
Gestão de espaço adequada?	Sim	3	42,9
	Não	4	57,1
Opiniões divergentes ponderadas e utilizadas?	Sim	4	57,1
	Não	3	42,9
Processo de tomada de decisão consensual?	Sim	1	14,3
	Não	6	85,7

Caracterização do Trabalho em Equipa

Comunicação

		N.º	%
Das acções assim que concluídas.	Sim	1	14,3
	Não	3	42,9
	Ocasional	3	42,9
Uso de terminologia científica?	Sim	7	100,0
	Não	0	0,0
	Ocasional	0	0,0
Concisa e sem pormenores desnecessários?	Sim	7	100,0
	Não	0	0,0
	Ocasional	0	0,0
Acrónimos e abreviaturas?	Sim	6	85,7
	Não	0	0,0
	Ocasional	1	14,3
Acrescento de informação importante que não solicitada?	Sim	5	71,4
	Não	0	0,0
	Ocasional	2	28,6
Debriefing?	Sim	0	0,0
	Não	7	100,0

Caracterização do Trabalho em Equipa

A Melhorar

		N.º	%
Briefing?	Não	7	100,0
Distribuiu tarefas?	Não	7	100,0
Definiu Prioridades?	Não	5	71,4
Definiu Objectivos?	Não	7	100,0
Processo de tomada de decisão consensual?	Não	6	85,7
Das acções assim que concluídas.	Não	3	42,9
	Ocasional	3	42,9
Debriefing?	Não	7	100,0

Conclusão

Caracterização do Trabalho em Equipa

Positivo

Positivo		N.º	%	
1ª Avaliação por?	Em conjunto	6	85,7	
Houve definição?	Sim	Informal	7	100,0
		Médico	7	100,0
Tom de voz adequado?	Sim	7	100,0	
Discurso adequado?	Sim	7	100,0	
Uso de terminologia científica?	Sim	7	100,0	
Concisa e sem pormenores desnecessários?	Sim	7	100,0	
Acrónimos e abreviaturas?	Sim	6	85,7	
Acrescentou de informação importante que não solicitada?	Sim	5	71,4	

Conclusão

Bibliografia

- Pinto, P.R. (2011). "Comunicação Eficaz". Caderno de Apoio ao Workshop. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. (fornecido pela autora).
- Nolan, J.P et al (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010
- Section I. Executive summary. Elsevier Resuscitation n.º81, p. 1219-1276.
- American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, USA. ISBN 978-1-880696-31-6.
- Society of Trauma Nurses (2008). Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual. (Fornecido no Curso ATCN, 2010).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida, 2ª Edição. (Fornecido no Curso de SAV 2011).
- Direcção Geral de Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO.

Bibliografia

- Decreto-lei N.º 111/2009. D.R. 1ª Série – N.º 180 – 16 de Fevereiro de 2009, 6547-6549.
- Regulamento N.º 14/2009. D.R. 2ª série – N.º 8 – 13 de Janeiro de 2009, 1355-1369.
- Lei N.º 47/90. D.R. 1ª Série – N.º 195 – 24 de Agosto de 1990, 3452-3459
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transportes de Doentes Críticos – Recomendações. Centro Editor Livreiro das Ordem dos Médicos. (Disponível em www.ordemdosmedicos.pt)
- Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apresentação em Power Point – Trabalho em Equipa). Professora Patrícia Rosado Pinto. ESEL, 2010.



Discussão

Avaliação



**Apresentação de
Resultados de
Experiência**

N.º de Massas	Média	Diferença		Respostas
174	156	18	10,34%	17

DIFERENÇAS MAIS PERTO QUE A MÉDIA 1X14 E 1X16	Respostas	
	N.º	%
Máximo	300	58
Mínimo	75	43,1
Sobrestimadas	7	41,18
Subestimadas	10	58,82
Mais afastados que média	15	88,24
Mais perto que média	2	11,76
Média de afastamento +	73,43	42,2
Média de afastamento -	53,4	30,69

Apenas faz...



APRENDE A FAZER MELHOR...



Aprende a fazer em conjunto...



Conquista a perfeição!!!



Obrigado

Apêndice 17

*Fichas Diagnóstica e Avaliação das
Sensibilizações*

FICHA DE DIAGNÓSTICO

Sessão n.º – Grupo

Tema - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA: o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico

Este documento tem como objectivo determinar os conhecimentos existentes relativamente ao tema da sessão. Será salvaguardado o anonimato e os dados serão trabalhados em conjunto e não individualmente.

1 - Mencione 5 critérios de identificação de doente crítico ou potencialmente crítico:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2 - Mencione os passos para identificação do ritmo cardíaco:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3 – Identifique as competências para o trabalho em equipa que conhece:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Obrigado.

FICHA DE AVALIAÇÃO

Sessão n.º – Grupo

Tema - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA: o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico

Este documento tem como objectivo determinar a aquisição dos conhecimentos adquiridos em consonância com os objectivos definidos no início da sessão. Será salvaguardado o anonimato e os dados serão trabalhados em conjunto e não individualmente.

1 - Mencione 5 critérios de identificação de doente crítico ou potencialmente crítico:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2 - Mencione os passos para identificação de ritmo cardíaco:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

3 – Identifique as competências para o trabalho em equipa abordadas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Obrigado.

FICHA DE DIAGNÓSTICO

Sessão n.º – Grupo

Tema - SAV EM TRAUMA: O trabalho em equipa e a formação interdisciplinar na abordagem do doente crítico.

Este documento tem como objectivo determinar os conhecimentos existentes relativamente ao tema da sessão. Será salvaguardado o anonimato e os dados serão trabalhados em conjunto e não individualmente.

1- Descreva a importância do reporte do incidente

2- Identifique o significado da sigla Ac Bo Ch D Et

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

3 – Identifique os elementos necessários para uma equipa de trauma (mínimo) e a formação que devem possuir

4 – Enumere 4 características das equipas eficazes

5 - Enumere duas vantagens da formação interdisciplinar para a prestação de cuidados de urgência

Obrigado.

FICHA DE AVALIAÇÃO

Sessão n.º – Grupo

Tema - SAV EM TRAUMA: O trabalho em equipa e a formação interdisciplinar na abordagem do doente crítico.

Este documento tem como objectivo determinar os conhecimentos existentes relativamente ao tema da sessão. Será salvaguardado o anonimato e os dados serão trabalhados em conjunto e não individualmente.

1- Descreva a importância do reporte do incidente

2- Identifique o significado da sigla Ac Bo Ch D Et

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

3 – Identifique os elementos necessários para uma equipa de trauma (mínimo) e a formação que devem possuir

4 – Enumere 4 características das equipas eficazes

5 - Enumere duas vantagens da formação interdisciplinar para a prestação de cuidados de urgência

Obrigado.

Apêndice 18

Cronograma de Actividades

Quadros de Avaliação das Sessões de Sensibilização

APRECIACÃO GLOBAL - Suporte Avançado de Vida									
	Discorda Totalmente		Discorda		Concorda		Concorda Totalmente		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.		0		0,0	6	42,9	8	57,1	14
2. Os objectivos da formação foram atingidos.		0		0,0	3	21,4	11	78,6	14
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.		0		0,0	2	14,3	12	85,7	14
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.		0		0,0	3	21,4	11	78,6	14
5. A teoria foi relacionada com a prática.		0		0,0	4	28,6	10	71,4	14
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.		0		0,0	3	21,4	11	78,6	14
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.		0		0,0	2	14,3	12	85,7	14
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.		0		0,0	4	30,8	9	69,2	13
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.		0		0,0	2	14,3	12	85,7	14
10. A duração da formação foi adequada.		0	1	7,1	2	14,3	11	78,6	14
11. O horário da formação foi adequado.		0	1	7,1	5	35,7	8	57,1	14

METODOLOGIA - Suporte Avançado de vida							
	Insuficiente	Suficiente	Bom		Muito Bom		Total
	N.º	N.º	N.º	%	N.º	%	
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			2	14,3	12	85,7	14
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			2	14,3	12	85,7	14
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			3	21,4	11	78,6	14
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			3	21,4	11	78,6	14
16. Interacção com o grupo.			3	21,4	11	78,6	14
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			2	14,3	12	85,7	14
18. Gestão do tempo.			4	28,6	10	71,4	14
19. Pontualidade.			3	21,4	11	78,6	14

APRECIACÃO GLOBAL – SAV em Trauma									
	Discorda Totalmente		Discorda		Concorda		Concorda Totalmente		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0	0	0	0,0	14	53,8	12	46,2	26
2. Os objectivos da formação foram atingidos.	0	0	0	0,0	7	26,9	19	73,1	26
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.	0	0	0	0,0	5	19,2	21	80,8	26
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0	0	0,0	11	42,3	15	57,7	26
5. A teoria foi relacionada com a prática.	0	0	0	0,0	7	26,9	19	73,1	26
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0	0	0	0,0	9	34,6	17	65,4	26
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0	0	0	0,0	12	46,2	14	53,8	26
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	0	0	0	0,0	15	57,7	11	42,3	26
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	0	0	0	0,0	10	38,5	16	61,5	26
10. A duração da formação foi adequada.	0	0	3	11,5	11	42,3	12	46,2	26
11. O horário da formação foi adequado.	0	0	6	23,1	10	38,5	10	38,5	26

METODOLOGIA - Suporte Avançado de Vida em Trauma									
	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	0	0	0	0,0	4	15,4	22	84,6	26
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	0	0	0	0,0	6	23,1	20	76,9	26
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	0	0	0	0,0	7	26,9	19	73,1	26
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0	0	0	0,0	5	19,2	21	80,8	26
16. Interação com o grupo.	0	0	0	0,0	7	26,9	19	73,1	26
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0	0	0	0,0	4	15,4	22	84,6	26
18. Gestão do tempo.	0	0	2	7,7	6	23,1	18	69,2	26
19. Pontualidade.	0	0	0	0,0	5	19,2	21	80,8	26

Apêndice 19

Quadros dos Dados Recolhidos

Caracterização da Amostra

População por local

Local		
Hospital	N.º	%
Distrital	32	36,8
Universitário	26	29,9
Central	29	33,3
Total	87	100,0

Distribuição por profissão

Profissão		
	N.º	%
Enfermeiro	62	71,3
Médico	25	28,7
Total	87	100,0

Distribuição por sexo

Sexo		
Género	N.º	%
Masculino	30	34,5
Feminino	57	65,5
Total	87	100,0

Distribuição por idade

Idade		
Anos	N.º	%
«25	3	3,4
[25,30[	33	37,9
[30,40[	32	36,8
[40,50[	12	13,8
»50	7	8,0
Total	87	100,0

Distribuição por experiência em urgência

Experiência (em Urgência)		
Anos	N.º	%
N/R	3	3,4
«1	7	8,0
[1,2[	4	4,6

[2,5[	19	21,8
[5,10[	25	28,7
»10	29	33,3
Total	87	100,0

Formação em Emergência

Distribuição por especialidade médica

Médicos		
Especialidade	N.º	%
Med. Interna	14	56,0
Cirurgia	7	28,0
Pneumologia	1	4,0
Med. Geral e Familiar	2	8,0
N/R	1	4,0
Total	25	100,0

Formação em SAV por profissão e local

Formação em SAV					
Profissão	Local		Sim	Não	Total
Enfermeiros	H. Distrital	N.º	20	3	23
		%	87,0	13,0	100,0
	H. Universitário	N.º	14	6	20
		%	70,0	30,0	100,0
	H. Central	N.º	10	9	19
		%	52,6	47,4	100,0
Médicos	H. Distrital	N.º	4	5	9
		%	44,4	55,6	100,0
	H. Universitário	N.º	3	3	6
		%	50,0	50,0	100,0

Médicos	H. Central	N.º	8	2	10
		%	80,0	20,0	100,0

Formação em Trauma por profissão e local

Formação em Trauma					
Profissão	Local		Sim	Não	Total
Enfermeiros	H. Distrital	N.º	11	12	23
		%	47,8	52,2	100,0
	H. Universitário	N.º	18	2	20
		%	90,0	10,0	100,0
	H. Central	N.º	12	7	19
		%	63,2	36,8	100,0
Médicos	H. Distrital	N.º	3	6	9
		%	33,3	66,7	100,0
	H. Universitário	N.º	2	4	6
		%	33,3	66,7	100,0
	H. Central	N.º	5	5	10
		%	50,0	50,0	100,0

Último curso de SAV por profissão

Último Curso de SAV								
Profissão		Anos						Total
		S/ Curso	N/R	[0,1[	[1,3[	[3,10[	»10	
Enfermeiros	N.º	18	1	4	19	18	2	62
	%	29,0	1,6	6,5	30,6	29,0	3,2	100,0
Médicos	N.º	10	1	0	6	5	3	25
	%	40,0	4,0	0,0	24,0	20,0	12,0	100,0
Total	N.º	28	2	4	25	23	5	87
	%	32,2	2,3	4,6	28,7	26,4	5,7	100,0

Último curso de Trauma por profissão

Último Curso de Trauma								
Profissão		Anos						Total
		S/ Curso	N/R	[0,1[	[1,3[	[3,10[	»10	
Enfermeiros	N.º	21	1	6	14	17	3	62
	%	33,9	1,6	9,7	22,6	27,4	4,8	100,0
Médicos	N.º	15	0	3	2	4	1	25
	%	60,0	0,0	12,0	8,0	16,0	4,0	100,0
Total	N.º	36	1	9	16	21	4	87
	%	41,4	1,1	10,3	18,4	24,1	4,6	100,0

Outras formações mais comuns

Outra Formação				
	Abordagem Via Aérea		Electrocardiografia	
	N.º	%	N.º	%
Sim	20	23,0	15	17,2
Não Possui	66	75,9	71	81,6
N/R	1	1,1	1	1,1
Total	87	100,0	87	100,0

Outra formação por profissão

Outra Formação					
Profissão		Sim	Não	N/R	Total
Enfermeiros	N.º	27	35	0	62
	%	43,5	56,5	0	100,0
Médicos	N.º	12	12	1	25
	%	48,0	48,0	4,0	100,0
Total	N.º	39	47	1	87
	%	44,8	54,0	1,1	100,0

Conceito de Formação Interdisciplinar

Importância da Formação em Serviço

Formação em Serviço		
Importância	N.º	%
Importante	9	10,3
Muito Importante	36	41,4
Indispensável	42	48,3
Total	87	100,0

Familiaridade com Formação Interdisciplinar

Formação Interdisciplinar		
Familiaridade	N.º	%
Sim	40	46,0
Não	47	54,0
Total	87	100,0

Conceito de Formação Interdisciplinar

Conceito de Formação Interdisciplinar								
Palavras Chave	2 ou mais profissões		Em Conjunto		Melhorar colaboração		Melhorar Qualidade	
Resposta	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
N/R	2	5,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
Sim	25	62,5	15	37,5	2	5,0	3	7,5
Não	13	32,5	23	57,5	36	90,0	35	87,5
Total	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0

Temas de formação por profissão

Temas Formação Interdisciplinar										
Profissão		Alg. Emergência			Politraumatizado			Trabalho Equipa		
		Sim	Não	N/R	Sim	Não	N/R	Sim	Não	N/R
Enfermeiro	N.º	19	6	2	16	9	2	5	20	2
	%	70,4	22,2	7,4	59,3	33,3	7,4	18,5	74,1	7,4
Médico	N.º	4	7	2	5	6	2	4	7	2
	%	30,8	53,8	15,4	38,5	46,2	15,4	30,8	53,8	15,4
Total	N.º	23	13	4	21	15	4	9	27	4
	%	57,5	32,5	10,0	52,5	37,5	10,0	22,5	67,5	10,0

Temas de formação por local

Temas Formação Interdisciplinar										
Hospital		Alg. Emergência			Politraumatizado			Trabalho Equipa		
		Sim	Não	N/R	Sim	Não	N/R	Sim	Não	N/R
Distrital	N.º	6	6	0	4	8	0	3	9	0
	%	50,0	50,0	0,0	33,3	66,7	0,0	25,0	75,0	0,0
Universitário	N.º	5	3	2	4	4	2	3	5	2
	%	50,0	30,0	20,0	40,0	40,0	20,0	30,0	50,0	20,0
Central	N.º	12	4	2	13	3	2	3	13	2
	%	66,7	22,2	11,1	72,2	16,7	11,1	16,7	72,2	11,1
Total	N.º	23	13	4	21	15	4	9	27	4
	%	57,5	32,5	10,0	52,5	37,5	10,0	22,5	67,5	10,0

Trabalho em Equipe

Importância do Trabalho em Equipe

Trabalho em Equipe		
Importância	N.º	%
Importante	4	4,6
Muito Importante	21	24,1
Indispensável	62	71,3
Total	87	100,0

Importância do Trabalho em Equipe por Profissão

Importância Trabalho em Equipe					
Profissão		Importante	Muito Importante	Indispensável	Total
Enfermeiro	N.º	4	15	43	62
	%	6,5	24,2	69,4	100,0
Médico	N.º	0	6	19	25
	%	0,0	24,0	76,0	100,0
Total	N.º	4	21	62	87
	%	4,6	24,1	71,3	100,0

Importância do Trabalho em Equipe por Local

Importância Trabalho em Equipe					
Hospital		Importante	Muito Importante	Indispensável	Total
Distrital	N.º	2	8	22	32
	%	6,3	25,0	68,8	100,0
Universitário	N.º	1	10	15	26
	%	3,8	38,5	57,7	100,0
Central	N.º	1	3	25	29
	%	3,4	10,3	86,2	100,0
Total	N.º	4	21	62	87
	%	4,6	24,1	71,3	100,0

Importância da Existência de Confiança

Importância da Existência de Confiança					
Profissão		Importante	Muito Importante	Indispensável	Total
Enfermeiro	N.º	2	24	36	62
	%	3,2	38,7	58,1	100,0
Médico	N.º	0	11	14	25
	%	0,0	44,0	56,0	100,0
Total	N.º	2	35	50	87
	%	2,3	40,2	57,5	100,0

Importância da Existência de Comunicação Eficaz

Importância de Comunicação Eficaz						
Profissão		Importante	Muito Importante	Indispensável	N/R	Total
Enfermeiro	N.º	1	18	43	0	62
	%	1,6	29,0	69,4	0,0	100,0
Médico	N.º	1	8	15	1	25
	%	4,0	32,0	60,0	4,0	100,0
Total	N.º	2	26	58	1	87
	%	2,3	29,9	66,7	1,1	100,0

Importância da Definição de *Team Leader*

Importância da Definição de <i>Team Leader</i>						
Profissão		Importante	Muito Importante	Indispensável	N/R	Total
Enfermeiro	N.º	3	28	31	0	62
	%	4,8	45,2	50,0	0,0	100,0
Médico	N.º	3	8	12	2	25
	%	12,0	32,0	48,0	8,0	100,0
Total	N.º	6	36	43	2	87
	%	6,9	41,4	49,4	2,3	100,0

Quem deveria ser o Team Leader por Profissão

Quem Deveria ser o <i>Team Leader</i>									
Profissão		Enf.º	Méd.	Chefe de equipa	Mais preparado	Escolhido pela equipa	1º abordar doente	N/R	Total
Enfermeiro	N.º	10	6	7	33	3	1	2	62
	%	16,1	9,7	11,3	53,2	4,8	1,6	3,2	100,0
Médico	N.º	0	13	1	8	0	0	3	25
	%	0,0	52,0	4,0	32,0	0,0	0,0	12,0	100,0
Total	N.º	10	19	8	41	3	1	5	87
	%	11,5	21,8	9,2	47,1	3,4	1,1	5,7	100,0

Razão para ser *Team Leader* por Profissão

Razão para ser <i>Team Leader</i> por Profissão				
Resposta		Enfermeiro	Médico	Total
Perfil de <i>Team Leader</i>	N.º	10	4	14
	%	16,1	16,0	16,1
Maior nível de competências na área	N.º	33	13	46
	%	53,2	52,0	52,9
Hierarquia	N.º	2	1	3
	%	3,2	4,0	3,4
Maior probabilidade de sucesso	N.º	2	1	3
	%	3,2	4,0	3,4
Conhece melhor o doente	N.º	2	0	2
	%	3,2	0,0	2,3
Prescritor	N.º	1	1	2
	%	1,6	4,0	2,3
N/R	N.º	12	5	17
	%	19,4	20,0	19,5
Total	N.º	62	25	87
	%	100,0	100,0	100,0

Frequência de Formação em Trabalho em Equipa por Profissão

Frequência de Formação em Trabalho em Equipa					
Profissão		Médicos e enfermeiros em separado	Médicos e enfermeiros em conjunto	N/R	Total
Enfermeiro	N.º	2	58	2	62
	%	3,2	93,5	3,2	100,0
Médico	N.º	1	24	0	25
	%	4,0	96,0	0,0	100,0
Total	N.º	3	82	2	87
	%	3,4	94,3	2,3	100,0

Factores Positivos e Negativos

Factores Positivos para o Trabalho em Equipa por Hospital

Conhecimento/Formação/ Experiência Por Hospital					
Resposta		Distrital	Universitário	Central	Total
Sim	N.º	18	11	18	47
	%	56,3	42,3	62,1	54,0
Não	N.º	10	13	11	34
	%	31,3	50,0	37,9	39,1
N/R	N.º	4	2	0	6
	%	12,5	7,7	0,0	6,9
Total	N.º	32	26	29	87
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Comunicação Eficaz Por Hospital					
Resposta		Distrital	Universitário	Central	Total
Sim	N.º	7	12	13	32
	%	21,9	46,2	44,8	36,8
Não	N.º	21	12	16	49
	%	65,6	46,2	55,2	56,3
N/R	N.º	4	2	0	6
	%	12,5	7,7	0,0	6,9
Total	N.º	32	26	29	87
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Factores Negativos para o Trabalho em Equipa por Hospital

Falta de Conhecimentos/Formação/Experiência por Hospital					
Resposta		Distrital	Universitário	Central	Total
Sim	N.º	10	15	14	39
	%	31,3	57,7	48,3	44,8
Não	N.º	20	9	15	44
	%	62,5	34,6	51,7	50,6
N/R	N.º	2	2	0	4
	%	6,3	7,7	0,0	4,6
Total	N.º	32	26	29	87
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Mau Ambiente de Trabalho Por Hospital					
Resposta		Distrital	Universitário	Central	Total
Sim	N.º	15	7	4	26
	%	46,9	26,9	13,8	29,9
Não	N.º	15	17	25	57
	%	46,9	65,4	86,2	65,5
N/R	N.º	2	2	0	4
	%	6,3	7,7	0,0	4,6
Total	N.º	32	26	29	87
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Factores Positivos para o Trabalho em Equipa por Profissão

Conhecimento/Formação/Experiência Por Profissão				
Resposta		Enfermeiro	Médico	Total
Sim	N.º	37	10	47
	%	59,7	40,0	54,0
Não	N.º	22	12	34
	%	35,5	48,0	39,1
N/R	N.º	3	3	6
	%	4,8	12,0	6,9
Total	N.º	62	25	87
	%	100,0	100,0	100,0

Factores Negativos para o Trabalho em Equipa por Profissão

Falta de Conhecimento/Formação/Experiência Por Profissão				
Resposta		Enfermeiro	Médico	Total
Sim	N.º	31	8	39
	%	50,0	32,0	44,8
Não	N.º	28	16	44
	%	45,2	64,0	50,6
N/R	N.º	3	1	4
	%	4,8	4,0	4,6
Total	N.º	62	25	87
	%	100,0	100,0	100,0

Falta de Trabalho Equipa Por Profissão				
Resposta		Enfermeiro	Médico	Total
Sim	N.º	11	8	19
	%	17,7	32,0	21,8
Não	N.º	48	16	64
	%	77,4	64,0	73,6
N/R	N.º	3	1	4
	%	4,8	4,0	4,6
Total	N.º	62	25	87
	%	100,0	100,0	100,0

Caracterização do Trabalho em Equipa

Caracterização das Ocorrências

Identificado		
Por	N.º	%
Bombeiros	1	4,8
CODU	10	47,6
Enf. Triagem	8	38,1
Méd. Sector	2	9,5
Total	21	100,0

Especialidade		
	N.º	%
Med. Interna	15	71,4
Cirurgia	5	23,8
Cardiologia	1	4,8
Total	21	100,0

Critério Gravidade		
Critério	N.º	%
Dispneia	7	33,3
Dor Torácica	1	4,8
Convulsão	1	4,8
Inconsciência	3	14,3
Disritmia	3	14,3
Politraumatismo	5	23,8
PCR	1	4,8
Total	21	100,0

Informação, *Briefing* e Avaliação

Inf. Antecedeu a chegada			Briefing	
	N.º	%	N.º	%
Sim	6	28,6	2	9,5
Não	15	71,4	19	90,5
Total	21	100,0	21	100,0

1ª Avaliação		
Quem	N.º	%
Médico	5	23,8
Enfermeiro	3	14,3
Em conjunto	13	61,9
Total	21	100,0

Team Leader

Team Leader		
Escolha	N.º	%
Formal Médico	2	9,4
Informal Médico	17	81,0
Informal Enfermeiro	1	4,8
Não	1	4,8
Total	21	100,0

Seguiu Guidelines		
	N.º	%
Sim	8	38,1
Não	5	23,8
N/A	8	38,1
Total	21	100,0

Seguiu <i>Guidelines</i>					
Hospital		Sim	Não	N/A	Total
Distrital	N.º	3	2	2	7
	%	37,5	40,0	25,0	33,3
Universitário	N.º	3	1	3	7
	%	37,5	20,0	37,5	33,3
Central	N.º	2	2	3	7
	%	25,0	40,0	37,5	33,3
Total	N.º	8	5	8	21
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Distribuiu Tarefas			Definiu Prioridades		Definiu Objectivos	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	2	9,5	7	33,3	2	9,5
Não	19	90,5	14	66,7	19	90,5
Total	21	100,0	21	100,0	21	100,0

Assertividade

Tom de Voz			Discurso		Gestão de Espaço	
Adequado	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	18	85,7	18	85,7	9	42,9
Não	3	14,3	3	14,3	12	57,1
Total	21	100,0	21	100,0	21	100,0

Opiniões divergentes valorizadas			Processo decisão consensual	
	N.º	%	N.º	%
Sim	8	38,1	6	28,6
Não	13	61,9	15	71,4
Total	21	100,0	21	100,0

Opiniões Divergentes Valorizadas				
Hospital		Sim	Não	Total
Distrital	N.º	3	4	7
	%	37,5	30,8	33,3
Universitário	N.º	1	6	7
	%	12,5	46,2	33,3
Central	N.º	4	3	7
	%	50,0	23,1	33,3
Total	N.º	8	13	21
	%	100,0	100,0	100,0

Processo Decisão Consensual				
Hospital		Sim	Não	Total
Distrital	N.º	3	4	7
	%	50,0	26,7	33,3
Universitário	N.º	2	5	7
	%	33,3	33,3	33,3
Central	N.º	1	6	7
	%	16,7	40,0	33,3
Total	N.º	6	15	21
	%	100,0	100,0	100,0

Comunicação entre Elementos

Terminologia Científica			Linguagem Concisa		Acrónimos e Abreviaturas		Inf. Não Solicitada	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Sim	21	100,0	17	81,0	19	90,5	11	52,4
Não	0	0,0	2	9,5	1	4,8	6	28,6
Ocasional	0	0,0	2	9,5	1	4,8	4	19,0
Total	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0

Debriefing		
Efectuado	N.º	%
Sim	1	4,8
Não	20	95,2
Total	21	100,0

Tempo de Trabalho em Conjunto dos Elementos da Equipa

Tempo Trabalho em Conjunto		
Anos	N.º	%
[1,2[	6	28,6
[2,5[	10	47,6
»5	5	23,8
Total	21	100,0

Tempo de Trabalho em Conjunto					
Hospital		[1,2[Anos	[2,5[Anos	»5 Anos	Total
Distrital	N.º	2	3	2	7
	%	28,6	42,9	28,6	100,0
Universitário	N.º	3	3	1	7
	%	42,9	42,9	14,3	100,0
Central	N.º	1	4	2	7
	%	14,3	57,1	28,6	100,0
Total	N.º	6	10	5	21
	%	28,6	47,6	23,8	100,0

ANEXOS

Anexo I

*Autorização da Grelha de
Caracterização H. Distrital*

Ex. mos Sr.s
Director e Enfermeiro Chefe do
Serviço de Urgência do

Eu, Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira, a exercer funções no vosso serviço desde 2004, e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que me encontro a frequentar, venho pedir autorização a V. Ex.as para efectuar o pré-teste de uma grelha de caracterização do trabalho em equipa (em anexo) no Serviço que dirigem.

A referida grelha foi por mim criada como instrumento de caracterização e recolha de dados, integrada no Projecto que me encontro a desenvolver para o Ensino Clínico do Curso referido, projecto que tem como tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”.

A aplicação da grelha será efectuada em 3 turnos a efectuar.

A grelha em si, e o seu preenchimento, não conterà elementos que possam identificar ou invadir a privacidade quer de doentes quer de profissionais, e tem como objectivo único a caracterização do trabalho em equipa na abordagem de doentes críticos.

Pela pertinência da temática e pela mais valia das competências especializadas que pretendo adquirir com o referido Curso de Mestrado com vista a melhorar os cuidados que presto no Serviço de Urgência do

Aguardo deferimento:

Pedro Oliveira
Pedro Oliveira

22 de Julho de 2011

Concedido e/ou membro do grupo de trabalho
Luís Gonzaga Quental 25/7/11

Nada a opor

Luís Gonzaga Quental
LUIS GONZAGA QUENTAL
Enfermeiro Chefe

Anexo II

Autorização Questionário H. Distrital

Ex. mos Srs.
Director e Enfermeiro Chefe do
Serviço de Urgência do

Eu, Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira, a exercer funções no vosso serviço desde 2004, e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que me encontro a frequentar, venho pedir autorização a V. Ex.as para efectuar um inquérito, através de questionário anexo, aos médicos (Cirurgia e Medicina Interna) e enfermeiros que exercem urgência no serviço que dirigem.

O referido inquérito foi por mim criado como instrumento de caracterização e recolha de dados, integrada no Projecto que me encontro a desenvolver para o Ensino Clínico do Curso referido, projecto que tem como tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”, que envio por e-mail na sua versão mais recente.

A aplicação do questionário seria efectuada nas 3 semanas posteriores à vossa autorização.

Os questionários são anónimos e **todos os dados recolhidos são totalmente confidenciais**. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas de todos os participantes. Os dados recolhidos são para uso estrito do presente trabalho.

Pela pertinência da temática e pela mais-valia das competências especializadas que pretendo adquirir com o referido Curso de Mestrado com vista a melhorar os cuidados que presto no Serviço de Urgência

Aguardo deferimento, com os melhores cumprimentos:

Pedro Oliveira
Pedro Oliveira

01 de Agosto de 2011

*Concorda-se com a realização do inquérito e autoriza-se a
implementação
feitos 4/8/2011*

Louzada

L. S. LUIS GONZAGA QUEENTAL
Enfermeiro Chefe

Anexo III

*Autorização Questionário H.
Universitário*

Exmo. Senhor
Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira
Rua Nossa Senhora da Guia, n.º 20
2520 - 135 SERREL

Refª PCA - 07.NOV.2011 - 0784

Assunto: Projecto sobre "A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico".

Em resposta à sua carta de 20 de Outubro de 2011, e obtido o parecer da Directora do Serviço de Urgência Central, informamos que foi autorizado a aplicar um questionário sobre o projecto em epígrafe.


Para mais informações deverá ser contactada a Directora do Serviço de Urgência Central, Dra. Margarida Lucas, através do telefone 217 805 126.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC



Exmo Sr
Enf Chefe Carlos Neto
Urgência Central

ASSUNTO: Autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência Central, a efectuar no âmbito do projecto de investigação intitulado "A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do doente Crítico", integrado no Mestrado em Enfermagem, Especialização em Pessoa em Situação Crítica.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência Central, a efectuar no âmbito do projecto de investigação intitulado "A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do doente Crítico", integrado no Mestrado em Enfermagem, Especialização em Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelo Enfermeiro Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 28 de Outubro de 2011

A Enfermeira Directora


Enfermeira Directora

VAR

DIRECCAO DE
ENFERMAGEM - GFIE



Anexo IV

*Autorização da Grelha de
Caracterização H. Universitário*

**Ex. mo Sr. Enfermeiro Chefe do
Serviço de Urgência Geral do**




Eu, Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e no contexto de Ensino Clínico a realizar no vosso Serviço, venho pedir autorização a V. Ex.a para a utilização e preenchimento de uma grelha de caracterização do trabalho em equipa (em anexo).

A referida grelha foi por mim criada como instrumento de caracterização e recolha de dados, integrada no Projecto que me encontro a desenvolver para o Ensino Clínico do Curso referido, projecto que tem como tema “A Formação Interdisciplinar e o Trabalho em Equipa na Abordagem do Doente Crítico”.

A grelha em si, e o seu preenchimento, não conterà elementos que possam identificar ou invadir a privacidade quer de doentes quer de profissionais, e tem como objectivo único a caracterização do trabalho em equipa na abordagem de doentes críticos.


Carlos Neto
Enf. Chefe
Nº Mec. 9765
Serviço de Urgência Central

Aguardo deferimento:


Pedro Oliveira

10 de Outubro de 2011

Anexo V

*Autorizações Questionário e Grelha H.
Central*

Exmo. Senhor

Enfermeiro Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira

Para cumprimento do Despacho da Senhora Enfermeira Directora, Enf.^a Ana Soares, em resposta às cartas de 17/11/11 relativas ao assunto supracitado, vimos informar V. Exa. que foi autorizada a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência (HSJ) e a utilização e preenchimento de uma grelha de caracterização do trabalho em equipa.

Com os melhores cumprimentos

Tânia Wing

Secretariado do Conselho de Administração

Rua José António Serrano

1150-199 Lisboa

Telefone: 21 884 13 51 Extensão: 11351

Fax: 21 884 10 23

Exmo. Senhor Enf.º Pedro Oliveira,

No cumprimento de orientações dadas pela Sra. Directora da Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos, Dra. Conceição Botas, informamos que foi autorizada a aplicação do questionário aos nossos médicos do Serviço de Urgência.

Agradecemos que nos indique qual a data pretendida para realização do inquérito, sendo que no dia deverá contactar o Dr. Francisco Farrajota e o Enf.º Coordenador José Abelha.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Martinho

Secretariado da Direcção da Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos

secdir.urg@chlisboa-zc.min-saude.pt

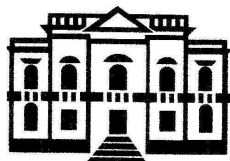
Telf: 218841237/1584 Fax 218841062



Antes de imprimir este e-mail, pense que estará a gastar papel e tinta. Proteja o ambiente.

Anexo VI

Certificado de Formação Pedagógica



Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Departamento de Educação Médica

Para os devidos efeitos se declara que o Sr Enfermeiro Pedro Alexandre Moutinho de Oliveira participou num curso de formação pedagógica realizada no âmbito do Departamento de Educação Médica da Faculdade de Ciências Médicas - 4 horas de contacto e 4 de trabalho autónomo.

Faculdade de Ciências Médicas, 27 de Dezembro de 2011

A Directora do Departamento de Educação Médica

(Profª Doutora Patrícia Rosado Pinto)

Anexo VII

Dívidação de Formações H. Central

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**SUPORTE AVANÇADO DE VIDA:
o Trabalho em Equipa na
Abordagem do Doente Crítico**

Urgência Geral

DATA 7 e 8/ 02 HORA:10h - 11h e
11.05 - 12.05

LOCAL: Serviço de Urgência

FORMADOR:
Pedro Oliveira
(ESEL)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**SAV EM TRAUMA:
O trabalho em equipa e a
formação interdisciplinar na
abordagem do doente crítico**

Urgência Geral

DATA 13 e 17/ 02 HORA:10 - 11h e
11.05 - 12.05

LOCAL: Serviço de Urgência

FORMADOR:
Pedro Oliveira
(ESEL)

Anexo VIII

Formulário Avaliação Qualitativa das Formações

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema: _____

Acção tipo: Actualização ☐ Aprendizagem ☐ Duração _____ Data
____/____/____

Formador(es):

A _____ B _____ C _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIAÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interacção com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

